

Università degli Studi dell'Insubria

*Dottorato di Ricerca in Medicina Clinica e Sperimentale
e Medical Humanities – XXIX ciclo
Direttore del Corso Prof. Marco Cosentino*



'Primum educere'.

L'Obiezione di Coscienza fra gli studenti dei Corsi di Laurea in
Ostetricia in Lombardia: studio osservazionale descrittivo trasversale.

Docente Guida Prof. Mario Picozzi

Nespoli Antonella
Matricola 723123

Anno accademico 2015/16

INDICE

Abstract

Introduzione Pag 1

Capitolo 1 Revisione della letteratura Pag. 3
L'obiezione di coscienza
Obiezione di coscienza in Italia e a livello internazionale
Obiezione di coscienza e ambito sanitario
Obiezione di coscienza e Midwifery
Obiezione di coscienza e studenti

Capitolo 2 Metodi e strumenti Pag. 34
Obiettivo dello studio
Disegno dello studio
Fasi dello studio
Campione
Strumenti di raccolta dati
Processo di raccolta dati
Aspetti etici

Capitolo 3 Analisi dei dati Pag. 39

Capitolo 4 Discussione Pag. 76

Conclusioni Pag. 87

Referenze bibliografiche

Allegati

ABSTRACT

The Italian legislation on abortion and Medically Assisted Procreation (L. 194/78 and L. 40/2004) gives the Healthcare Professionals the opportunity to exercise their right to conscientious objection, a subject of current bioethical debate. From the published literature comes out that students are in an awkward situation and they need to reflect on this issue during the course. The idea of present study emerges from the results of the analyzed literature that underlines how a certain number of medicine students refuses to learn the procedures to provoke the voluntary interruption of pregnancy and claims their right to conscientious objection, more than that, the lack of data referring to midwifery students asserts how necessary a study of this kind can be to help understand their position about the issue.

Objective

The main aim of this study is to try and explore attitudes, legal knowledge, experiences and decision-making possibilities of the students attending the third year of the Bachelor in Midwifery towards conscientious objection in the Universities of Lombardy and the possible need of further education in the field.

Method

This study is an observational study that explores attitudes, legal knowledge and experiences in midwifery students enrolled in five Universities in Lombardy. The sample of the study are the 112 undergraduates of the Bachelor in Midwifery that give their consent to take part in the survey. The enrollment and the data collection happened between September and October 2015. A structured, anonymous questionnaire was used for the survey and it includes 37 closed questions in four sections, and three open questions. It has been distributed to the students by the study team. Of the 112 questionnaires, 111 were returned.

Results

From the study emerges the students have acquired the knowledge of the legislation related to conscientious objection and related laws, with a frequency of 62.9% correct answers.

Analyzing the data comes to light that the students think that the time devoted to teaching conscientious objection and protection of motherhood within the curriculum is not enough and only 51% say that the student has sufficient information on the procedures concerning conscientious objection. The study shows that the majority of the midwifery students do not know that the law does not mention them among the ones with the right to conscientious objection. On the other hand, the last open answer shows that some of them do not know if

they have the right to express their attitude during their training. Nevertheless, 88% believe that students have the right to act according to their conscience highlighting their conscientious objection while they are carrying out the study program, even though the sample considers important the achievement of their target training and their claim on moral values, as long as the university recognized a method of achieving that objective which does not require than to perform practices that directly conflict with their own moral values.

The sample was asked if they thought the knowledge of legislation was sufficient to solve ethical position related to situations that could cause conscientious objection: 42 students out of 60 declared to think the knowledge of legislation a necessary but insufficient element to face and solve the answer to conscientious objection.

Conclusion

Even though the students have a global knowledge of the legislation, a deeper and wider general knowledge of the laws in question could be a safeguard both for students and women and more than that it could ensure the provision of the highest standard of care. During the three years of the Bachelor in Midwifery, starting from the first one, more time should be dedicated to the discussion of cases and the analysis of conflicting values. A proposal for the Schools of Medicine could be the creation of a specific form for the conscientious objection, to be filled in by the students who feel the need to make their position official but, first of all, the institution has to create a partnership with its students that guarantees the right of each student to be respected for his own moral values and to be led to an informed, conscious and shared choice over the conscientious objection, via a more adequate training, which can prevent the distress generated when students are not put in the position to be able to face conscientious objection.

INTRODUZIONE

Per Obiezione di Coscienza (OdC) si intende il rifiuto, reso legittimo da disposizioni di legge, di attuare talune condotte, ritenute non conformi alla propria valutazione etica da parte di persone che sarebbero di norma tenute a svolgere dette condotte (Rodriguez, 2010). La definizione proposta mette in luce il contrasto tra prescrizione di legge e libertà del professionista nella scelta di sottostare a una norma dell'ordinamento giuridico, ritenuta ingiusta, perché in contrasto inconciliabile con un'altra legge fondamentale della morale. L'OdC rappresenta uno strumento di testimonianza attiva della propria opposizione morale nei confronti di quello che si considera un arbitrio commesso dall'autorità con l'emanazione di una legge. Di fronte all'imperativo giuridico vincolante l'obiettore oppone l'imperativo della legge di coscienza, di fronte a cui non può sottrarsi per non perdere la propria profonda identità. Tale sarebbe nella sua struttura giuridica l'OdC: il dramma dell'opzione tra due doveri, tra due imperative ugualmente vincolanti per uno stesso soggetto. (Gallo, 2011)

Nell'ordinamento giuridico italiano sono previste due forme di OdC: sanitaria e alla sperimentazione sugli animali. La prima forma rappresenta l'oggetto di approfondimento e di interesse dello studio; in ambito sanitario l'OdC è definita come l'esercizio del diritto, da parte del medico o di altro personale sanitario, di rifiutarsi di prestare la propria opera di fronte a una richiesta di intervento che sia contraria ai propri principi etici e per la quale sia normativamente prevista l'obiezione (Dizionario di Medicina, 2010). In ambito ostetrico, due sono gli ambiti di specifico interesse in cui può essere sollevata l'OdC: si tratta dell'interruzione volontaria della gravidanza e della procreazione medicalmente assistita. Un terzo ambito di interesse è costituito dalla sperimentazione animale. (Rodriguez, 2010).

Le norme in questione sono nello specifico:

- Legge 22 maggio 1978, n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza "
- Legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" e successivi aggiornamenti
- Legge 12 ottobre 1993, n. 413 "Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale".

L'OdC espressa nelle sopracitate norme consiste nel rifiuto, da parte del personale medico, sanitario e ausiliario, di eseguire o di cooperare all'effettuazione di pratiche sanitarie e non. Il rifiuto viene motivato dalla convinzione che un comportamento di tale genere costituisca una grave infrazione della legge morale, delle norme deontologiche o religiose. L'OdC nella legge

infatti può basarsi su un triplice ordine di motivazioni: il primo riguarda la una forma di naturalismo secondo cui ripugna in ogni caso sopprimere una vita umana, il secondo riguarda l'ambito della deontologia professionale che in passato vietava l'uso dell'aborto e il terzo ordine riguarda l'ordine morale, che considera l'aborto una trasgressione al comandamento di Dio "Non uccidere". (Gallo, 2011)

La normativa che prevede l'OdC in ambito sanitario in Italia è costituita dalle Leggi 194/78 e L. 40/2004 e fornisce la possibilità ai professionisti della salute di esercitare il diritto all'OdC. Lo sguardo di questo studio è rivolto alle ostetriche, professioniste che in primo piano hanno nel loro mandato di occuparsi della salute di genere.

L'idea del presente studio emerge dai risultati della letteratura analizzata dove si sottolinea come fra gli studenti di Medicina alcuni rifiutino di apprendere le procedure dirette a provocare l'interruzione volontaria di gravidanza ed invocano il diritto all'OdC. In risposta a studi condotti su medici e studenti, su come bilanciano i propri valori/credenze ed i doveri professionali, sono state pubblicate nel 2006 sul sito del General Medical Council (GMC) dei Core Educational Outcomes che esprimono la posizione del comitato per la formazione. Il GMC è una organizzazione indipendente che ha come obiettivi la protezione delle persone assistite e la sorveglianza degli standard formativi e di pratica dei medici in Inghilterra. Queste linee guida riconoscono il diritto di libertà di espressione per gli studenti medici, ma si dichiara che questo 'non può compromettere lo scopo fondamentale del corso: formare medici che hanno le conoscenze, le abilità, le attitudini ed il comportamento necessari per il conseguimento della Laurea in Medicina.

Dalla letteratura si evince anche un crescente numero di operatori sanitari obiettori nelle nuove generazioni di professionisti. Le percentuali di obiettori di coscienza in Italia nel 2012, evidenziano il 69,6% di obiettori fra i ginecologi, il 47,5% fra gli anestetisti e del 45% per il personale non medico, con un'ampia variazione regionale, in particolare al Sud, dove le percentuali possono anche arrivare al 90%. (Ministero della Salute, 2014)

L'obiettivo principale di questo studio è quindi quello di esplorare le attitudini, le conoscenze e gli strumenti decisionali rispetto all'OdC negli studenti del terzo anno di CdL in Ostetricia nelle Università della regione Lombardia. Si indaga anche l'esperienza vissuta durante l'attività di tirocinio al fine di comprendere se gli strumenti di cui dispongono per affrontare la questione dell'OdC nel percorso di studi siano sufficienti e identificare la necessità di un ulteriore bisogno formativo. Tutto questo porta con sé lo scopo di migliorare la formazione nelle future generazioni di ostetriche/ci, così che esse possano offrire assistenza olistica in partnership con le donne, nel rispetto dei diritti e dei valori di ogni singola persona assistita.

CAPITOLO 1

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Per la ricerca bibliografica sono state consultate le principali banche dati (Pubmed, Cinhal, ASSIA e Midirs) utilizzando sia termini liberi che Mesh Terms. I termini che si sono utilizzati inizialmente sono: midw*, student*, medicine, conscientious objection, ethic*. Successivamente si è effettuata un'ulteriore ricerca utilizzando delle *key-word* individuate sui documenti reperiti e ritenuti pertinenti, tra cui voluntary interruption of pregnancy, abortion objection, ethical issues, bioethics. La ricerca è stata condotta con l'aiuto degli operatori booleani. Nella conduzione della ricerca bibliografica si è scelto di limitare la ricerca a documenti in lingua italiana e inglese senza limitazioni temporali. Sono inoltre stati consultate le informazioni e testi disponibili all'interno dei seguenti siti internet: www.fnco.it, www.ostetrichemilano.it, www.governo.it/bioetica, www.gmc-uk.org, e i siti internet delle università lombarde coinvolte nello studio.

1.1 L'obiezione di coscienza

Il termine 'obiezione' deriva dal latino 'obicere' che significa contrapposizione, rifiuto; si intende pertanto con obiezione di coscienza (OdC) "la resistenza personale a una prescrizione giuridica perché contraria a una prescrizione morale che si ritiene prevalente" (Gallo, 2011), dove la persona mette in atto il rifiuto di obbedienza ad una legge o a un comando dell'autorità perché considerato in contrasto con i principi e le convinzioni personali radicati nella propria coscienza. L'espressione di tale posizione indica pertanto una duplice direzione di snodo della definizione stessa: una negativa, di rifiuto di una norma posta dallo Stato, e una positiva, di adesione da parte del soggetto ad un valore o a un sistema di valori morali, ideologici o religiosi. Punto focale dell'OdC è l'essere fondata sulla tutela prioritaria della persona rispetto allo Stato e sul rispetto della libertà di coscienza, diritto inalienabile di ogni soggetto (art. 2, 19, 21 della Costituzione Italiana e art. 18 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo). Nell'articolato testo di utilizzo per studenti e professionisti di area sanitaria pubblicato da Sala nel 2014 si afferma che il tema del conflitto tra legge e coscienza sta alla base dell'OdC; "all'individuo si richiede una doppia identità, essendo considerato, a un tempo, soggetto morale e soggetto politico, membro di una comunità morale e cittadino" (Sala, Filosofia per i professionisti della cura - pag. 45).

Colui che pratica tale opzione si chiama obiettore di coscienza. Caratteristica saliente dell'OdC è l'assunzione in prima persona delle conseguenze civili e penali che derivano dall'obiezione alla legge. "Colui che obietta pretende dallo Stato il riconoscimento di un diritto di coscienza posto come superiore alla volontà dello Stato stesso" (Gallo, 2011). È un

conflitto soggettivo tra dovere giuridico e dovere morale. Ciò che si pone in essere nella persona è il contrasto tra legge della coscienza e legge dello Stato. L'OdC nasce in antichità nel mondo ellenico ove "il martire è - ontologicamente e etimologicamente - testimone della verità del diritto contro l'ingiustizia di un comando o di una legge e rappresenta l'OdC nella sua massima espressione che giunge sino al sacrificio supremo della vita. Si tratta di un conflitto irriducibile tra un dovere giuridico e uno morale" (Gallo, 2011). Ed è proprio in quest'ultimo punto che si configura per la persona la necessità di una scelta che abbraccia l'intera dimensione umana. "In alcuni casi l'obiezione può avvicinarsi al concetto di disubbidienza civile, che ha lo scopo immediato di mostrare pubblicamente l'ingiustizia della legge e di indurre il legislatore a modificarla, ma va distinta con chiarezza la disubbidienza civile dall'OdC. La prima è una ribellione politica nei confronti del diritto, atta a esercitare una pressione sulla maggioranza affinché adotti un certo provvedimento legislativo, la seconda è l'inadempimento di un dovere giuridico motivato dall'esistenza di un diritto di coscienza, la cui finalità si esaurisce nella difesa della moralità individuale rinunciando a qualsiasi strategia di mutamento politico" (Gallo, 2011). La disobbedienza civile ha carattere collettivo mentre l'OdC ha carattere strettamente individuale, essendo l'individuo che si interroga davanti alla morale e il valore sta proprio nel dovere interiore dell'obietto verso se stesso con coerenza e responsabilità. Sempre Sala (2014) sottolinea come il parlare di disobbedienza implichi necessariamente sottointendere l'obbedienza, "anzi il dovere che abbiamo in quanto cittadini di obbedire alle leggi" (Sala, 2014). Così, occuparsi di OdC significa occuparsi della persona, della sua profonda posizione verso se stesso e verso la società, ma in particolare l'OdC "è la dignità stessa dell'uomo" (Bertolino, 1994).

Esistono ambiti in cui la persona si può percepire obietto senza però un riconoscimento giuridico; ad esempio storicamente nell'obbligo, ormai giuridicamente abolito, al servizio militare ma anche fiscale (rifiuto di pagare allo Stato una quota di tasse legalmente dovute perché si ritiene moralmente inammissibile l'obiettivo a cui lo Stato destina la quota). Il diritto di esercitare l'OdC con riconoscimento giuridico, è però riservato alla sperimentazione animale, al giuramento e di coscienza professionale. In particolare l'OdC professionale si realizza nel momento in cui vi è il rifiuto di svolgere un'attività contraria alle proprie convinzioni di coscienza nel tempo in cui si esercita la professione. Storicamente ha coinvolto dipendenti di industrie belliche, costruttori di reattori nucleari, giudici tutelari nei confronti dell'aborto in minorenni o non da ultimo professionisti sanitari.

1.2 Inquadramento dell'OdC nella normativa italiana

Dal punto di vista giuridico, l'obiezione di coscienza si presenta come un fenomeno di conflitto di interessi legittimi, che richiede una soluzione dove, l'obbligo di tenere un determinato comportamento previsto da una legge, trova la possibilità di esonero per coloro che manifestano la

volontà contraria a tale comportamento. L'istituto è limitato alle specifiche legislazioni che lo prevedono e che si riferiscono:

- all'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194/78);
- alla sperimentazione animale (Legge 413/93);
- alle pratiche di procreazione medicalmente assistita (Legge 40/2004).

Una nota particolare va aggiunta rispetto alla possibilità di OdC al servizio militare sospesa dal gennaio 2005 dopo un lungo ed articolato dibattito pubblico e sociale. (Legge 23 agosto 2004 n. 226, "Sospensione anticipata del servizio obbligatorio di leva e disciplina dei volontari di truppa in ferma prefissata, nonché delega al Governo per il conseguente coordinamento con la normativa di settore"). L'OdC al servizio obbligatorio di leva è intesa come "il dissenso contro l'obbligo del servizio di leva e tutto ciò che può significare collaborazione al sistema degli armamenti e alla soluzione bellica" (Gallo, 2011). È una forma non violenta di rifiuto del servizio militare della guerra. Con essa l'obietto non contesta il dovere costituzionale della difesa dello Stato, ma oppone a esso un'alternativa: il servizio civile (L. 772/1972), che promuove la difesa non violenta e la solidarietà, invece della difesa militare armata.

Nell'ordinamento giuridico italiano sono previste due forme di OdC che racchiudono gli ambiti sopra elencati: sanitaria e alla sperimentazione sugli animali.

- ✓ OdC sanitaria: per quanto riguarda l'ambito sanitario l'OdC è definita come l'esercizio del diritto, da parte del medico o di altro personale sanitario, di rifiutarsi di prestare la propria opera di fronte a una richiesta di intervento che sia contraria ai propri principi e per la quale sia normativamente prevista l'obiezione. Notoriamente l'OdC sanitaria riguarda in primis l'OdC all'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), normata dalla Legge 194/78 che nello specifico "esonera il personale sanitario e esercente le attività ausiliarie (quando sollevi obiezione con preventiva dichiarazione) dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza", inclusa la firma del certificato rilasciato alla donna che chiede l'aborto. Tuttavia, "non può essere invocata (dagli operatori) quando il loro personale intervento sia indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo". L'OdC sanitaria all'aborto è quindi il "rifiuto da parte del personale medico, sanitario e ausiliario di eseguire o di cooperare, in modo diretto o indiretto" (per quanto la legge consenta l'esonero solo dall'atto e non dal processo), "alle pratiche abortive" motivando il rifiuto con la convinzione che "tal

comportamento costituisca grave infrazione della legge morale, delle norme deontologiche o religiose” (Gallo, 2011).

In quanto dovere della coscienza, si fonda sul principio generale di origine ippocratica *bonum faciendum, malum vitandum*, che impone all’operatore sanitario di astenersi da qualsiasi forma di cooperazione diretta o indiretta con azioni volte alla soppressione della vita umana. Nella professione dell’ostetrica, dove l’ambito d’azione è conosciuto come Midwifery, si può riconoscere lo stesso principio nella lettera di Madame Boursier, ostetrica parigina del 1600, alla figlia, allieva-ostetrica, ove la incita a “non sperimentare alcuna cura che non ti sia stata insegnata, né sul povero né sul ricco, e di ogni rimedio assicurati che non rechi alcun danno” (Madame Boursier, 1600).

In termini bioetici, però, per principio dell’integrità deontologica delle professioni sanitarie, laddove la persona assistita richieda al medico il compimento di azioni che contrastino con la sua coscienza, questi ha il diritto-dovere di trasferire la persona assistita ad un altro medico per garantire l’accesso al servizio di cui ha diritto.

Altre prassi biomediche più di recente emerse all’attenzione del legislatore per le evidenti implicazioni etiche che comportano sono l’eutanasia e il suicidio assistito, la procreazione medico assistita e le manipolazioni genetiche, la sperimentazione su embrioni umani e la diagnosi prenatale con finalità eugenetica.

- ✓ L’OdC alla sperimentazione animale: coloro che si oppongono alla violenza sugli esseri viventi possono dichiarare la propria OdC a ogni atto connesso con la sperimentazione animale (L. 413/1993). La norma in questo caso si estende non solo a medici, ricercatori e a tutto il personale sanitario, ma anche agli studenti universitari, i quali non possono «subire conseguenze sfavorevoli per essersi rifiutati di praticare o di cooperare all’esecuzione della sperimentazione animale», e «hanno diritto [...] ad essere destinati [...] ad attività diverse [...], conservando medesima qualifica e medesimo trattamento economico».

Gli studenti universitari non sono invece citati nello specifico, rientrando a pieno titolo come personale sanitario, nella Legge 194/1978 e Legge 40/2004 su cui si focalizzerà principalmente l’attenzione, essendo quelle di maggior interesse per la professione ostetrica.

1.3 Legge 22 maggio 1978, n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza.

In ambito sanitario la storia dell’Obiezione di Coscienza in Italia nasce con la L. 194 del 1978: *Legge 22 maggio 1978, n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e*

sull'interruzione volontaria della gravidanza.

Questa norma nasce negli anni '70 in un contesto molto complesso, ove la normativa sull'aborto, rimaneva immodificata da circa 40 anni, con il codice Rocco che inseriva l'aborto fra i delitti contro la stirpe e l'incolumità personale. L'art 553 del codice penale, a quel tempo, puniva chiunque incitasse pubblicamente a pratiche contro la procreazione. Nonostante le differenti proposte di abrogazione dell'articolo in questione, presentate negli anni '50 e '60, nelle riunioni delle Commissioni ministeriali a riguardo, si continuava a rimandare la discussione. A livello sociale differenti posizioni e contrapposte stime di eventi abortivi venivano dichiarate con la conseguente difficoltà di comprendere l'entità del fenomeno prima del 1978: si passa infatti, nel corso degli anni, da dichiarazioni di meno di 200mila aborti clandestini e valori vicini a 600mila. Una inchiesta del 1961 condotta dall'organo informativo dell'Unione Donne Italiane, indicava stime differenti: cinquanta interruzioni provocate su cento concepimenti effettivi. Il dato veniva commentato dall'organo stesso come al di fuori di qualsiasi previsione visto che gli aborti accertati e resi noti, ad esempio nel 1957, erano 722 in tutta Italia (UDI, 1971). L'UDI nasce nel 1944 come associazione femminile di promozione politica, sociale e culturale con il proposito di difendere gli interessi particolari delle donne italiane. Con la sopra specificata inchiesta si rompeva in quegli anni il silenzio in materia di aborto ponendo l'attenzione sull'affronto del problema, ormai alle porte. Il dibattito sull'aborto in Italia fu ripreso dopo gli anni '70 dai movimenti di emancipazione femminile, in particolare dal MLD (Movimento di Liberazione della Donna). Nel 1970, durante il Congresso Nazionale, l'MLD, federato con il Partito Radicale, battagliò per la liberalizzazione dell'aborto, senza distinzione di Stato e

necessità medica con la creazione di apposite strutture sanitarie. Richiedeva, oltre all'abrogazione degli articoli del CP che si riferivano ai metodi anticoncezionali, di modificare la normativa in vigore per sancire la gratuità dell'IVG e dell'assistenza sanitaria.

La prima grande manifestazione pubblica in tema di aborto fu il Congresso di Roma 27 e 28 febbraio del 71 dove l'MLD, il FID (Fronte Italiano Liberazione Donna) e il gruppo di rivolta femminile chiedevano la proclamazione del diritto di maternità libera e di IVG con l'obiettivo di riconoscere il valore di gestione del corpo e dell'emozionalità in entrambe i generi (Gaiotti 1971). Nel 1972 Matilde Maciocia, futura attivista del Partito Radicale, fu la prima donna ad autodenunciarsi per aborto, raccontandosi costretta ad interrompere clandestinamente una seconda gravidanza per motivi economici. Secondo l'MLD, anche l'aborto, come il divorzio, l'OdC e il servizio militare, sarebbe dovuto rientrare nei diritti civili della persona. (Rossi-Doria 1982).

In contemporanea ad una raccolta di firme dell'MLD, del 1971, i Socialisti al senato

presentavano la prima vera proposta di Legge: veniva mantenuto il divieto di aborto tranne che per alcuni casi, ovvero pericolo grave per la salute della madre; donna che avesse già partorito 5 volte o che avesse compiuto 45 anni. (proposta di Legge 1762 del 1971 e 3692 del 1971). La proposta socialista che prevedeva il ricorso all'aborto risentiva dell'influenza del Abortion Act inglese. Anche il movimento sociale italiano si schierava dalla parte degli intransigenti, manifestando nel 1972 ad un convegno femminile la contrarietà del partito a qualsiasi aborto procurato.

A parte le voci ufficiali della Chiesa, iniziarono ad emergere nel mondo cattolico le prime richieste di analisi ed approfondimento critico della questione abortista in termini laici. Per dare un'idea della varietà delle posizioni del mondo cattolico, un gruppo di moralisti cattolici aveva illustrato la loro posizione favorevole all'intervento del legislatore, in un volume intitolato: "Aborto: questione aperta" (1971).

Tra l'altro, i Paesi in cui l'aborto procurato era ancora considerato reato, in tutti i casi senza eccezioni, rimanevano solo 21, mentre negli altri Paesi del mondo vigevano legislazioni di depenalizzazione e liberalizzazione dell'aborto; come descritto dall'OMS nel documento: "La legislazione dell'aborto nel mondo" del 1971. Finalmente proprio nel 1971 la Corte Costituzionale abrogò la norma che impediva la commercializzazione degli anticoncezionali.

A partire dal 1973, anno della prima proposta di disegno di legge sull'IVG di Loris Fortuna, ebbero particolare risonanza alcuni processi contro le donne che rappresentavano casi umani verso i quali il paese cominciò a nutrire una sorta di simpatia e comprensione. Nel 1974 a Torino furono incriminate 236 donne per procurato aborto dopo la morte di una ragazza che perì per le complicazioni in seguito all'aborto clandestino. Quasi tutti i gruppi femministi intervennero con manifestazioni e campagne di stampa appoggiate dall'AIED. I movimenti femministi divennero molto attivi anche nell'organizzazione di centri self-help ove venivano praticate IVG clandestine con il metodo Karman di aspirazione del contenuto uterino con strumenti elementari.

Nel gennaio 1975 venne intrapresa una campagna di promozione di un referendum per l'abrogazione del divieto di IVG dal C.P.

Nel 1976 scoppiò il caso di Seveso, paese della Brianza in cui esplose il reattore dell'ICMESA, fabbrica chimica, causando la formazione di una nube di diossina che poteva causare gravi malformazioni fetali. Furono interrotte 26 gravidanze con aborto terapeutico. La prima di queste interruzioni terapeutiche fu eseguita tra l'altro da un cattolico assai stimato per l'alto senso morale, il professor Candiani dell'Università degli Studi di Milano.

Nel 1975 la Corte Costituzionale ritenne fondata la questione sollevata nel 1972 dal giudice istruttore di Milano che denunciava l'illegittimità dell'articolo 546 del codice penale in riferimento agli articoli 31 e 32 della Costituzione Italiana "nella sola parte in cui punisce chi cagiona l'IVG di donna consenziente e la donna stessa quando sia accertata la pericolosità della gravidanza per il benessere fisico e psichico della gestante, senza che ricorrano tutti gli estremi dello stato di necessità dell'articolo 54 del C.P."

La decisione fu molto importante perché il riferimento all'equilibrio psicologico della gestante aprì la strada al diritto all'IVG come oggi concepita e normata. Rimaneva aperto il problema del conflitto con la tutela del nascituro.

Un ulteriore passo avanti sulla strada della L.194 del '78 è stata certamente l'approvazione della Legge 405 del 1975 sull'istituzione dei consultori familiari che prevedeva il servizio di somministrazione dei mezzi necessari a perseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile. Ciò introduce una sostanziale novità: la procreazione non è più dovere ma scelta e le differenti visioni morali in merito devono essere rispettate.

La prima proposta di Legge per la liberalizzazione dell'aborto di Fortuna, socialista, del '73 fu seguita da proposte presentate da socialdemocratici, comunisti, repubblicani liberali. Persino la democrazia cristiana ha elaborato un progetto per indicare alcune attenuanti al reato. L'opinione pubblica verteva ogni giorno più a favore dell'aborto. Nel 1977 il Parlamento costituì una commissione con tutti i rappresentanti delle proposte di legge e elaborò un progetto unificato che fu approvato dalla Camera ma bocciato in senato con uno scrutinio segreto che venne viziato. Ciò ebbe fortissima risonanza nel paese e la Legge fu definitivamente approvata l'anno successivo con l'ultimo Sì del Senato che portava 160 voti favorevoli contro 148 contrari. La Legge 22 maggio 1978 n. 194 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 140 del 22 maggio 1978, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" fu sottoposta tre anni dopo a referendum abrogativo con il 68% di voti contrari.

La normativa che regola l'aborto in Italia fornisce la possibilità ai professionisti della salute di esercitare il diritto dell'OdC sulle attività che sono *specifiche e necessarie* per gli interventi abortivi (Minerva, 2014).

In particolare all'art. 9 della Legge 194/78 si introduce il diritto all'OdC: questo vale per il personale sanitario coinvolto nelle attività che sono specifiche e necessarie all'atto abortivo, non per quelle attività che sono messe in atto *prima e dopo* l'atto abortivo, né quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

Nel caso di dipendente ospedaliero o di casa di cura l'OdC va comunicata al Direttore sanitario entro un mese dall'assunzione e può essere sempre revocata. La norma specifica che l'OdC si intende automaticamente revocata se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o interventi per l'IVG salvo in casi di interventi indispensabili per salvare la vita della donna in imminente pericolo, circostanza particolare in cui l'OdC non può essere invocata.

Va sottolineato che in Italia, contrariamente a quello che succede in altri paesi europei e non, l'aborto può essere effettuato solo dai medici ginecologi-ostetrici ed in ambiente ospedaliero e non dai medici di medicina generale, anche se l'aborto è attuato attraverso l'utilizzo di farmaci.

Alcuni punti della Legge 194/78 meritano un accento di discussione:

- ✓ Piuttosto che chiaramente specificare quali categorie professionali tra il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie può esercitare il diritto di obiezione di coscienza ed in particolare quali attività sono regolate da tale diritto, la norma specifica in generale che il personale sanitario può obiettare ad esercitare attività che sono specifiche e necessarie all'aborto, ma non le attività che sono esercitate prima e dopo l'atto. È necessario quindi definire e ben conoscere il significato di 'specifico e necessario' e 'prima e dopo', in quanto criteri soggettivi.
- ✓ Il secondo aspetto non sufficientemente approfondito nella legislazione è la modalità con cui gli ospedali e le autorità regionali possano garantire l'accesso all'aborto in assenza di personale non obiettore; questo punto infatti è molto rilevante sia per l'utenza quanto per il personale sanitario obiettore e non.
- ✓ Un aspetto che va approfondito è poi il dibattito etico ancora oggi generato dall'articolo 9 della norma, che prevede l'OdC per il personale sanitario.

Come detto, la Legge 194/78 prevede l'OdC normata all'art. 9 come segue:

“Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che compori l'esecuzione di tali prestazioni.

L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

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.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo 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 personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente”.

La legalizzazione dell'aborto ha facilitato la risoluzione di un grave problema sociale, l'aborto procurato clandestinamente, ha inoltre rappresentato un traguardo nel raggiungimento del diritto alla libertà di scelta delle donne in merito alla procreazione. La riproduzione non è più solo un dovere, ma un diritto e attraverso la legalizzazione dell'aborto la donna gode del principio di autonomia nella pianificazione familiare. L'aborto legalizzato però ha anche generato l'obiezione professionale in quei sanitari che per proprie convinzioni etiche o religiose non reputano accettabile l'atto di interruzione di gravidanza e non vogliono prenderne parte.

Alla difficoltà di legiferare sull'aborto davanti ad un irrisolto dilemma tra il diritto all'IVG della donna e i valori morali dell'operatore obiettore, lo Stato ha risposto con un tentativo democratico: l'inclusione della OdC nella norma, l'art. 9 L. 194/78, però contiene una terminologia aspecifica che lascia spazio a interpretazioni varie, fonti di discussioni, in merito alle figure titolari del diritto e agli spazi di obiezione nell'attività professionale pratica.

Ad esempio si specifica che l'operatore obiettore è esonerato dal compiere le manovre dirette all'interruzione e non dal prestare l'assistenza pre e post intervento; non specifica però quali siano intese come manovre dirette e comunque non evita all'ostetrica, ad esempio, di mettere in atto la prassi di preparazione della donna all'intervento di IVG o di allestire il campo operatorio ma solo di strumentare, anche se moralmente lei fosse obiettrice davanti all'obbligo professionale di tutto il processo e non solo dell'atto specifico. Ancora non esonera l'ostetrica anche dalla strumentazione stessa dell'atto chirurgico di IVG nel caso di pericolo imminente per la vita della donna.

Non solo in Italia ma anche nel resto d'Europa, l'ammissione del diritto all'OdC ha una storia complessa. Il fatto stesso che una legge normi la possibilità di disobbedire alla stessa può sembrare un paradosso: tuttavia è un paradosso necessario: ciò è chiaro segno del dilemma irrisolto generato dal conflitto tra valori che la medesima legge genera.

A livello europeo, fino all'approvazione da parte del Consiglio d'Europa della risoluzione

1763 del 7 ottobre 2010 (“Il diritto all’obiezione di coscienza nelle prestazioni sanitarie garantite per legge”), non esisteva alcuna previsione di diritto all’obiezione di coscienza a livello istituzionale ma solo personale.

Prima di esso infatti possiamo citare solo i seguenti documenti:

- *Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo*, Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1948. Art. 18: “Ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza, di religione”.

Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici, Assemblea Generale delle Nazioni Unite, New York, 16 dicembre 1966.

- *Convenzione Europea sui Diritti dell’Uomo e le Libertà Fondamentali*, Consiglio d’Europa, novembre 1950. All’art. 9 si ribadisce il diritto di ogni persona alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione.

- *Risoluzione n. A3-09411/93 sull’obiezione di coscienza negli Stati membri della Comunità*, Parlamento Europeo, Strasburgo, 19 gennaio 1994. “L’obiezione di coscienza è un vero e proprio diritto soggettivo che deriva dai diritti dell’uomo e dalle libertà fondamentali”.

Con la sovra citata risoluzione 1763 del 2010 invece, si afferma che ‘nessun ospedale, ente o persona può essere oggetto di pressioni, essere ritenuto responsabile, essere obbligato o subire discriminazioni di alcun tipo per aver rifiutato di essere sede, eseguire o assistere una interruzione di gravidanza, un aborto spontaneo indotto, un atto eutanasico, o qualsiasi azione che potrebbe causare la morte di un feto o di un embrione, qualunque siano le ragioni’ (art. 1).

Sulla base di tale assunto, la stessa risoluzione, ribadisce però ‘l’obbligo degli Stati membri di garantire l’accesso alle cure mediche, proteggere il diritto di salute, e l’obbligo di assicurare il rispetto del diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione degli operatori sanitari’ e invita gli Stati membri del Consiglio d’Europa a sviluppare specifiche normative per definire e regolamentare l’OdC in materia di assistenza sanitaria e servizi medici, ‘che garantiscano il diritto all’obiezione di coscienza in relazione alla partecipazione alla procedura medica in questione. (Commissione Generale di Bioetica, 2011)

L’equilibrio tra la tutela del diritto all’OdC e del diritto alla salute e alla libertà di scelta della donna è però molto difficile da gestire, soprattutto ove la normativa, come nel caso dell’Italia, lascia ampio spazio all’interpretazione e non offre ancora soluzioni ai problemi di accesso ai servizi generati dalla diffusione dell’obiezione di coscienza.

I dati della relazione ministeriale 2012 sullo stato di attuazione della L. 194/78 ne confermano la

sua validità ma anche le difficoltà di applicabilità: la relazione analizza la correlazione tra il progressivo calo di ricorso all'IVG in Italia e la percentuale altissima di medici ginecologi che sollevano l'OdC.

1.4 Legge 19 febbraio 2004, n. 40 “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”

Nel 2004 fu emanata la Legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita", che contiene l'art. 16 (rimasto tale) che prevede il diritto all'OdC e ne norma il ricorso:

Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate.

1. L'obiezione può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione agli organismi di cui al comma 1.

2. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

L'art. 16 della Legge 40/2004 norma l'OdC riproponendo gli stessi termini (tranne per i tempi previsti per la comunicazione dell'obiettore) della Legge 194/78, ovvero prevede che il personale interessato sia il generico 'personale sanitario e esercente funzioni ausiliarie' e che l'OdC lo esoneri dalle procedure dirette a determinare l'intervento e non all'assistenza precedente e successiva, senza descrivere e approfondire il significato delle stesse terminologie.

Nel corso di questi ultimi tre lustri, la Legge 40/2004 ha subito notevoli modifiche soffermandosi in particolare sulla finalità del testo di legge e sul ricorso alle tecniche di PMA. Inoltre, al contempo ha introdotto anche veti relativi all'utilizzo di PMA di tipo eterologo, al divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre ed infine rispetto alla sperimentazione sugli embrioni umani e limiti alle applicazioni sugli embrioni umani.

1.5 OdC e Medicina

Nella Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente la norma per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78 – dati preliminari 2014), i dati indicano che nel 2014 prosegue l'andamento in diminuzione

del fenomeno. Per la prima volta il numero di IVG è inferiore a 100 000: nel 2014 sono state notificate dalle Regioni 97 535 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (102 760 casi), e un dimezzamento rispetto alle 234 801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Gli altri indicatori confermano questo andamento: il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2014 è risultato pari a 7.2 per 1000, con un decremento del 5.9% rispetto al 2013 (7.6 per 1000) e un decremento del 58.5% rispetto al 1982 (17.2 per 1000). Il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati (vedi par.1.2). Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2014 è risultato pari a 198.2 per 1000 (dato provvisorio) con un decremento del 2.8% rispetto al 2013 (204.0 per 1000), e un decremento del 47.9% rispetto al 1982 (380.2 per 1000). (Ministero della Salute, ottobre

2015) La relazione sopracitata riporta anche la situazione degli obiettori. Nel 2013 si evincono valori elevati di obiezione di coscienza, specie tra i ginecologi (70.0%, cioè più di due su tre) con una tendenza alla stabilizzazione, dopo un notevole aumento negli anni. Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011, al 69.6% nel 2012 e al 70.0% nel 2013.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012 e 49.3% nel 2013. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 46.5% nel 2013.

Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti in 8 regioni, principalmente al sud: 93.3% in Molise, 92.9% nella PA di Bolzano, 90.2% in Basilicata, 87.6% in Sicilia, 86.1% in Puglia, 81.8% in Campania, 80.7% nel Lazio e in Abruzzo. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 79.2% in Sicilia, 77.2% in Calabria, 76.7% in Molise e 71.6% nel Lazio). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 89.9% in Molise e 85.2% in Sicilia.

E' opportuno sottolineare che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, "gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8." Il controllo e la

garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Comunque il personale deve ricordare che “L’obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l’interruzione della gravidanza, e non dall’assistenza antecedente e conseguente all’intervento” (art. 9 della Legge 194). (Ministero della Salute, ottobre 2015)

La situazione è confermata in letteratura dall’articolo “Conscientious objection in Italy” pubblicato nel 2014, dove si afferma che l’OdC tra i medici ostetrico-ginecologici in Italia è del 70%. (Minerva, 2014) Questo significa che in Italia oggi solo pochi medici sono disponibili a mettere in atto l’aborto e con la massiccia adesione all’OdC la cittadinanza può ritrovarsi in difficoltà per accedere all’erogazione del servizio, se il servizio sanitario regionale non provvede alla mobilità o lo Stato a legiferare soluzioni. Come riporta la stessa Minerva, nel 2012 l’International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) ha messo in atto la presentazione di un reclamo al comitato europeo dei diritti sociali affermando che l’inadeguata protezione del diritto d’accesso all’aborto implica una violazione del diritto alla salute.

Tuttavia il Ministero della Salute risponde all’accusa analizzando la relazione tra il numero di obiettori e di eventi IVG screditando la presunta inapplicabilità della legge e violazione del diritto alla salute delle donne. Si descrive come presso il Ministero della Salute sia stato attivato un ‘Tavolo tecnico’ a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli Assessori regionali e l’Istituto Superiore di Sanità. Tale tavolo ha avviato un monitoraggio sulle attività di IVG e sull’OdC a livello di singola struttura di ricovero e nei consultori familiari, per individuare eventuali criticità nell’applicazione della legge.

Per sintetizzare i dati del monitoraggio rilevati sulle singole strutture di ricovero sono stati identificati tre parametri che permettono di inquadrare l’offerta dei servizi in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali:

Parametro 1	Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili
Parametro 2	Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita
Parametro 3	Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore

Da questi parametri si vede che non c’è correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa:

le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che, naturalmente, variano da regione e regione (e probabilmente anche all'interno della stessa regione).

Il Report conclude affermando che non vi sono ostacoli all'applicazione della legge pur rilevando una situazione difforme tra le differenti Regioni. Si afferma che il numero di non obiettori è congruo rispetto alle IVG effettuate e il numero degli obiettori di coscienza non impedisce ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre agli interventi di IVG. Ritiene pertanto che gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG siano attribuiti ad una inadeguata organizzazione territoriale, che andrà individuata tramite monitoraggio delle singole regioni.

Al congresso mondiale FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) Roma ottobre 2012, il Comitato centrale ha presentato il progetto definitivo di training Integrating Human Rights and Women's Health: competencies for practice. L'affermazione di partenza è legata al fatto che i sistemi sanitari dovrebbero offrire metodi e tecniche che garantiscano il completo benessere in campo sessuale e riproduttivo, ma i dati relativi al numero di obiettori in Italia e il calo di aborti registrato, non hanno messo in azione solo l'International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) come già descritto, ma hanno scatenato varie denunce della situazione giudicata addirittura di emergenza, seppur in parte smentita dalla relazione ministeriale.

Nonostante la complessa situazione generatasi e il proliferare delle accuse all'OdC, una autorevole posizione in difesa del diritto all'OdC era già stata presa in Italia, come vedremo più avanti, dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB). Nel 2012 in Italia il CNB ha pubblicato un documento dal titolo 'Obiezione di coscienza e bioetica' che esamina gli aspetti morali dell'OdC e si sofferma sul versante giuridico, al quale l'obietto in definitiva si rivolge chiedendo di poter non adempiere a comandi legali contrari alla propria coscienza. Con il voto favorevole di tutti i membri e uno contrario, conclude che "l'OdC in bioetica è un diritto costituzionalmente fondato (con riferimento ai diritti inviolabili dell'uomo), costituisce un'istituzione democratica, in quanto preserva il carattere problematico delle questioni inerenti alla tutela dei diritti fondamentali senza vincolarle in modo assoluto al potere delle maggioranze, e va esercitata in modo sostenibile" (CNB, 2012). Il CNB reputa l'OdC un diritto costituzionalmente fondato, purché lo Stato si applichi per garantire il diritto di accesso tempestivo al servizio di IVG alle donne: "nella tutela dell'OdC, che discende dal suo essere costituzionalmente fondata, si devono prevedere misure adeguate a garantire l'erogazione dei servizi, con attenzione a non discriminare né gli obiettori né i non obiettori, e quindi un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento che possa equilibrare, sulla base dei dati

disponibili, obiettori e non” (CNB, 2012). Tuttavia non fornisce soluzione perché la legge sia totalmente applicabile, ovvero soluzioni pratiche al difficoltoso accesso al servizio nelle regioni ove vi siano una quasi totalità di operatori obiettori nelle strutture pubbliche. Anche il CNB, come lo Stato con l'introduzione dell'OdC nella L. 194/78 e 40/2004, tenta quindi una mediazione democratica tra i diritti e i valori in conflitto, senza poter risolvere il problema etico.

È molto interessante in merito anche l'articolata postilla del membro che ha espresso voto contrario all'approvazione del documento CNB 2012 sopra citato: il Prof. C. Flamigni chiarisce la sua posizione mettendo in luce come la questione sia controversa e ragione di dibattito storico, politico, religioso e culturale anche all'interno del comitato stesso. Flamigni, autore nel 2007 del testo *L'aborto. Storia e attualità di un problema sociale*, sottolinea come “la clausola dell'OdC era pienamente giustificata solo ai tempi in cui la legge è entrata in vigore: medici cattolici o comunque contrari all'IVG che lavoravano negli ospedali furono sorpresi da una innovazione alla quale non avevano pensato nel momento in cui avevano fatto la loro scelta di lavoro e avevano diritto di dissociarsi (...). Attualmente, però, chi sceglie una specializzazione (...) sa bene cosa gli spetta e se lo fa sapendo di essere intenzionato a ignorare i diritti di molte pazienti compie un gesto molto discutibile sul piano umano e morale”. (Flamigni, 2007) Posizione molto forte che conclude esprimendo la propria contrarietà al diritto all'OdC: “Credo si venuto il momento di cambiare la L. 194/78 su questo solo punto, eliminando il diritto all'obiezione di coscienza” (Flamigni, 2007).

Quest'ultima posizione, se pur superficialmente potrebbe apparire risolutiva dell'emergenza sanitaria denunciata non indaga e non tiene in considerazione i valori morali in gioco degli studenti che scelgono di intraprendere la professione medica o ostetrica che da sempre sono bagaglio di queste professioni. Flamigni con le sue affermazioni apre uno scenario a molte possibili discussioni sui conflitti tra valori etici irrisolvibili che genera

Le Linee Guida internazionali prodotte dal comitato per gli aspetti etici della riproduzione umana e della salute delle donne della FIGO nel 2006 sottolineano che ogni OdC al trattamento di un paziente è secondaria al primario dovere dei professionisti ginecologi-ostetrici di provvedere al beneficio e alla prevenzione dei danni del paziente della cui assistenza sono responsabili. Si riconosce il diritto dei professionisti al rispetto delle loro convinzioni morali purché forniscano comunque tempestivo accesso alle cure, informazioni in merito alle procedure, assistenza nel caso di emergenza e d'impossibilità d'invio della paziente ad uno specialista non obiettore quando il rifiuto possa compromettere la salute e il benessere dello stesso. “Il diritto dei professionisti di rispetto delle proprie scelte nelle procedure mediche a cui partecipano richiede che essi rispettino le scelte dei pazienti fra le opzioni medicalmente indicate per la loro cura”. (FIGO, 2006)

Di parere molto chiaro nello stesso anno è il direttore del centro di etica pratica

dell'Università di Oxford, Julian Savulescu che in un articolo pubblicato su BMJ, afferma che la coscienza di un medico non dovrebbe interferire con il servizio di cura, che tutti i medici e gli studenti di medicina dovrebbero essere consapevoli della loro responsabilità di offrire tutta l'assistenza e le pratiche di cura legali, che l'OdC andrebbe concessa se un numero sufficiente di medici sono disponibili a erogare il servizio e che gli obiettori di coscienza che compromettono l'accesso alle cure dei loro pazienti debbano essere soggetti a disciplina. (Savulescu, 2006)

Un articolo del 2008 di Cook, Olaya e Dickens riporta una sentenza di interesse internazionale della corte costituzionale della Colombia circa i doveri legali dei medici, degli ospedali e dei sistemi sanitari quando viene posta OdC alle legali procedure di interruzione di gravidanza, scatenata da un noto caso (di violazione dei diritti umani) di negazione di accesso in più ospedali a procedure abortive per una tredicenne colombiana vittima di stupro che alla diagnosi di gravidanza e infezione venerea conseguente lo stupro tentò il suicidio. La Corte Costituzionale stabilì che è dovere dei medici obiettori inviare i pazienti da medici non obiettori e che ospedali, cliniche e istituzioni non hanno il diritto di OdC istituzionale; i doveri legali e professionali sono quelli di assicurare che i pazienti accedano tempestivamente ai servizi. Gli ospedali devono conoscere il personale non obiettore al fine di inviare i pazienti. Dove questi non fossero disponibili si propone la formazione di ostetriche e altri professionisti per un'appropriata erogazione del servizio. La decisione della corte ha estese implicazioni per come i sistemi sanitari devono accomodare l'OdC ai diritti dei pazienti.

Sempre Dickens e Cook del Joint Center for Bioethics dell'Università di Toronto sono autori di un precedente articolo del 2000 che tratta ancora l'argomento dei limiti e degli scopi dell'OdC. Per quanto riconosca il diritto su principi di libertà religiosa all'OdC, l'articolo sostiene che medici e personale sanitario obiettori non possano declinare la loro partecipazione alle procedure salva vita o di continuità assistenziale. Si sostiene che i medici obiettori debbano indirizzare i loro pazienti da non obiettori e che il sistema sanitario debba garantire ragionevole accessibilità a medici non obiettori. L'OdC dei professionisti sanitari a partecipare direttamente alle procedure religiosamente offensive dovrebbe essere accolta ma gli stessi professionisti non possono rifiutare l'assistenza indiretta ai pazienti sottoposti a tali procedure. Si sostiene inoltre che gli ospedali pubblici o che forniscono servizi per il sistema sanitario nazionale non possono dichiarare OdC istituzionale.

Nel 2011 il CNB si era espresso anche in merito al diritto di OdC reclamato dai farmacisti nella vendita dei farmaci contraccettivi di emergenza (OdC non prevista dalla normativa) con il documento "Nota in merito alla obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di contraccettivi d'emergenza". Il documento risponde ad un quesito formulato dall'On. Luisa Capitanio Santolini in merito alla clausola di coscienza invocata dal farmacista per non vendere quei prodotti farmaceutici di contraccezione d'emergenza anche indicate come

‘pillola del giorno dopo’, per i quali nel foglio illustrativo non si esclude la possibilità di un meccanismo d’azione che porti all’eliminazione di un embrione umano. Il Comitato ha ricordato che l’OdC, che ha un fondamento costituzionale nel diritto generale alla libertà religiosa e alla libertà di coscienza, deve pur sempre essere realizzato nel rispetto degli altri diritti fondamentali, fra questi l’irrinunciabile diritto del cittadino alla tutela della salute e a ricevere quella assistenza sanitaria riconosciuta per legge. All’interno del CNB sono emersi orientamenti bioetici differenti. Il riferimento alla ‘clausola di coscienza’ riflette, d’altra parte, quanto già previsto dal Codice Deontologico della FNOMCeO (2014 e modifiche 2016), che all’art. 22 recita “Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione”: norma la quale ribadisce, per la coscienza, uno spazio di espressione maggiore di quello che le risulta esplicitamente attribuito da singole disposizioni di legge. Il CNB sottolinea però che in ogni caso è dovere del medico, quali che siano le sue opinioni, fornire alla donna un’informazione completa circa il ricorso ai prodotti in oggetto e ai loro possibili meccanismi d’azione.

Rispetto alla formazione dei professionisti per l’assistenza alla diagnosi e alle scelte per la nascita di neonati con patologie, già nel lontano 1995 il Comitato si era espresso nel documento “Venire la mondo”, dove il CNB indica come problema bioetico cruciale la formazione di professionisti con competenze epistemologicamente adeguate al fine di favorire valutazioni caso per caso, flessibilità di approcci, ascolto, confronto di valori. Per questo, si ritiene che sia obbligo delle Scuole di Medicina impostare il curriculum formativo integrando la cultura scientifica, tecnologica e tecnica con la cultura bioetica e delle scienze umane e che al personale siano fornite linee guida bioetiche, anche con riferimento a normative e codici deontologici.

Il problema rimane quindi il medesimo: il diritto all’OdC viene riconosciuto più o meno da tutti i documenti citati, ma nessuno può astenersi dal sottolineare come questo diritto non debba ledere le donne e prevaricare il loro diritto di accesso ai servizi di procreazione responsabile e IVG. La garanzia del servizio va assicurata tramite adeguata formazione dei professionisti, mobilità e manovre di Governo che però non discriminino i professionisti obiettori, nel democratico tentativo di non sbilanciare il peso tra i valori in conflitto nel dilemma irrisolto.

Nell’articolo ‘Conscientious objection in Italy’, riguardante l’odierno stato dell’OdC in Italia, Minerva (2014), del centro di filosofia applicata ed etica pubblica dell’università di Melbourne, pone l’accento sullo stato attuale della L. 194/’78 in Italia. L’articolo relaziona i

limiti della L. 194/78 ed espone il reclamo del Planned Parenthood Federation European Network (IPFF EN) contro l'Italia al comitato europeo dei diritti sociali. Risulta dall'articolo che la situazione italiana violi il diritto di salute con inadeguata protezione del diritto di accesso alle procedure di IVG. In particolare l'articolo 9 della 194/78 viene accusato di non spiegare come garantire alle donne un sicuro accesso all'aborto quando non vi sono abbastanza professionisti della salute che praticano l'intervento. Nelle regioni dove ci sono pochi non obiettori infatti è difficile organizzare il lavoro dei medici disposti a praticare le procedure di IVG garantendo accesso all'aborto rapido ed efficiente e dove la percentuale di obiettori sfiora il 100% non è possibile usare la mobilità come soluzione. L'autrice aggiunge informazioni in merito alla realtà italiana, che vede il tasso di aborto tra i più bassi nei paesi occidentali. Essa riporta i conseguenti dati sconcertanti sul numero di donne che si recano all'estero per accedere alla pratica di IVG e sul crescente numero di aborti illegali e autoindotti con mifepristone, un farmaco reperito attraverso il mercato nero. L'autrice ipotizza anche spiegazioni al crescente numero di obiettori, espone il problema dei nuovi convertiti obiettori che prima praticavano l'IVG e dei numerosi medici ginecologi coinvolti nei processi perché, obiettori in ospedale, praticavano invece l'IVG nei loro studi privati, sottolineando l'impossibilità di giustificare sempre con motivi etici e religiosi il crescente numero di obiettori italiani. Uno dei motivi che l'autrice riporta come spiegazione dei medici alla scelta di divenire obiettori è anche quello del marchio dispregiativo di cui vengono insigniti coloro che praticano aborti.

Altro problema sollevato è la possibilità per i medici italiani di dichiararsi obiettori dopo la laurea in medicina, appena iniziano la loro specializzazione in ginecologia e ostetricia o in anesthesiologia e rianimazione con conseguente rischio di studenti non sufficientemente formati nel loro tirocinio a praticare gli aborti e futuro rischio che l'aborto in Italia diventi solo teoricamente possibile in quanto non ci saranno sufficienti medici abili a svolgere le procedure. Il problema descritto è tuttavia più ampio, riguarda la determinazione dell'elemento di dominante importanza tra l'obiettivo formativo e i valori morali dello studente ed è anch'esso fonte di conflitto e dilemma etico irrisolto. La normativa italiana non si esprime in merito, sta pertanto all'Università come istituzione trovare un adeguato compromesso tra il rispetto dei valori morali dello studente e il necessario conseguimento della competenza prevista degli obiettivi formativi al fine di conseguire il titolo con tutte le abilità necessarie a praticare le tecniche dirette a garantire il servizio di IVG e PMA, sempre per i non obiettori e in caso di emergenza per gli obiettori.

Esplosa l'opinione d'inadeguatezza delle misure adottate dallo Stato italiano e dei comuni approcci al problema per la salvaguardia dei diritti delle pazienti, come sollevato anche dal IPFF EN, Minerva (2014) propone tre soluzioni con lo scopo di aprire un dibattito: il coinvolgimento dei medici di base, come già possibile in altri paesi, per l'attuazione di

procedure di IVG per aumentare il numero di operatori e quindi l'accessibilità del servizio per le donne, si propone di dare incentivi (un salario maggiore o maggior numero di giorni di ferie) agli operatori che praticano le procedure abortive, infine obbligare gli ospedali a garantire una quota ideale (che necessita di uno studio per essere definita) di personale assunto non obiettori. Queste soluzioni tuttavia risultano criticabili e non applicabili per il trattamento discriminatorio che prevedono per i professionisti obiettori; altrettanto discriminanti quelle proposte da Flamigni nella sua postilla al documento del CNB, alla cui approvazione aveva espresso l'unico voto contrario (ad esempio suggeriva bandi di concorso per soli non obiettori). Flamigni suggerisce nel 2007 anche di limitare l'accesso al percorso formativo ai soli non obiettori. Tale affermazione risulta ampiamente contestabile ma non si sono reperiti studi che indaghino l'opinione degli studenti in merito e risulterebbe molto interessante comprendere le attitudini degli studenti delle professioni sanitarie anche prima che il percorso di studi venga avviato, per comprendere se e come queste possano influire sulla scelta del percorso di studi e successivamente di adesione o meno all'OdC. Flamigni sostiene poi che oltre al disservizio che l'incidenza di obiettori crea e il rischio di violazione del diritto alla salute e alla libertà delle donne esista anche un altro problema culturale come trattato da Gemma nel 1991: "che l'OdC possa divenire l'espressione di un diritto all'intolleranza ideologica, perché è frequente che l'obiettore veda il non-obiettore come persona immorale, così che l'OdC si traduce in uno strumento di negazione del principio di laicità, in quanto consente al titolare di una funzione pubblica di anteporre le proprie convinzioni personali al pieno rispetto dei suoi doveri istituzionali, cioè quelli che derivano dal suo ufficio". Ma come può l'OdC essere l'espressione di diritto all'intolleranza ideologica quando "attraverso il riconoscimento legale dell'OdC la cultura postmoderna reputa di essere riuscita a individuare i criteri ottimali per garantire la convivenza all'interno di società irreversibilmente pluraliste, specie dal punto di vista etico"? (D'Agostino, 2011)

Invece di volgere a soluzione pertanto il dilemma risulta sempre più complesso e sfaccettato man mano che la letteratura offre le varie lecite posizioni in merito su cui riflettere. La difficoltà nella revisione della letteratura è che essa, dato l'argomento, non può fornire prove di efficacia ma aspetti legislativi, teorie personali o risultati di indagine d'opinione che risultano ampliare, tramite le conoscenze apportate dagli autori, il campo e l'interesse verso una questione fondamentale per i professionisti sanitari e futuri tali, che è però ostica e irrisolta, senza apportare soluzioni.

1.6 OdC e Midwifery

Molte delle azioni compiute da una ostetrica potrebbero essere considerate sia etiche sia legali, altre potrebbero essere legali ma non etiche per la persona che opera nella professione o al

contrario etiche per lei ma non legali. In alcuni paesi viene considerato sia etico sia legale che una ostetrica partecipi ad un intervento mirato all'IVG mentre in altri paesi è illegale sia pure fosse considerato etico dal professionista o viceversa. Nel contesto italiano è legale eppure vi sono molte persone che in conseguenza dei propri valori considerano non etico partecipare a tale procedura. Uno dei motivi per cui etica e legge vengono spesso confuse è rappresentato dal fatto che entrambe usano spesso la parola 'diritto', tuttavia i diritti legali, ovvero quei diritti che prevedono una legge garante e normante, e i diritti morali non necessariamente normati ma invocati per proprie credenze, frutto del background, della cultura, della religione e dell'esperienza, non sempre sono coincidenti. Nel proteggere o difendere alcuni diritti della persona assistita, l'ostetrica potrebbe trovarsi in una posizione di incertezza nel valutare se gli standard legali oppure quelli etici giustifichino le sue azioni. L'incertezza nasce anche dal conflitto possibile tra il diritto legale e etico della persona assistita e quella del professionista stesso. In questo delicato contesto nasce la questione dell'OdC e nascono i principali dilemmi etici che i professionisti sanitari si trovano ad affrontare. In midwifery i dilemmi morali sono delle situazioni ove si hanno davanti due o più soluzioni ma nessuna sembra essere 'La' soluzione soddisfacente al problema etico.

Le ostetriche sono tenute ad utilizzare le conoscenze della normativa e del codice deontologico (riferimento al Codice Deontologico delle Ostetriche FNCO 2010 e successivi aggiornamenti 2014) ma anche la capacità di ragionamento etico per interpretare le conseguenze legali della pratica professionale e utilizzare modelli di processo decisionale per affrontare i dilemmi etici che vengono loro proposti come supporto durante il percorso formativo. Il modello principale che si può offrire agli studenti di Ostetricia, data la peculiarità della professione, discosta da modelli basati su concetti di filosofia astratti ma si basa sulla condivisione di valori tra l'ostetrica e la Donna, in un'ottica di etica femminile, di genere, etica di condivisione e del prendersi cura: un modello attualmente proposto è il Midwifery Partnership Model di Guilliland e Pairman (1995). Questo modello trova la base della sua azione dentro all'area della salute di genere.

Nel corso della propria vita professionale, l'ostetrica utilizza delle basi filosofiche per comprendere e dare un senso alla modalità in cui pratica l'arte della midwifery e al supporto che eroga alle donne e ai loro bambini. Questa 'base filosofica' è frutto di varie componenti, incluso il sistema di credenze personale che incorpora la religione, la cultura della famiglia e la cultura della società a cui appartiene oltre al bagaglio proveniente dall'appartenenza al mondo della midwifery che è la deontologia professionale. Il modo in cui una ostetrica si relaziona con una donna, così come il suo stile di assistenza, hanno perciò una base etica sottostante e riconoscere la dimensione etica della professione è fondamentale per andare incontro alla donna e la sua famiglia e per attenersi agli standard della professione, rispettando e rispecchiando i valori del proprio codice deontologico.

Come evidenziato anche dal CNB nel documento “La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico” (1998) l’ostetrica potrebbe trovarsi di fronte a molte situazioni che possono generare dilemmi etici nella sua vita professionale, non solo in caso di IVG, ove la normativa prevede la soluzione dell’OdC, ma in plurime circostanze complesse che non godono di soluzioni normate e la modalità di risposta ad esse e di gestione dipenderà dai valori etici che crede siano più rilevanti nella questione. Districarsi in un conflitto di valori e applicare i valori della professione non è semplice soprattutto quando i valori morali del professionista fossero in conflitto con quelli della donna assistita o dell’istituzione o quando le scelte della donna sembrano essere in conflitto con l’interesse del nascituro o ancora quando la donna è inabile nel prendere decisioni per se stessa. Anche l’aumento di metodi di screening genetici prenatali può provocare dilemmi etici in molte ostetriche, specialmente quando implicano la possibilità per la donna di scegliere di accedere a pratiche abortive (Jones, 2000). Alcune ostetriche potrebbero rispondere ai dilemmi istintivamente ma essere capaci e consapevoli di riconoscere il dilemma è il buon punto di partenza per procedere con un’analisi etica e un ragionamento critico rispetto ai valori coinvolti. Perché il professionista ne sia capace e non incappi nel pregiudizio o nella discriminazione della donna, o nel distress che il misconoscimento continuo di problemi etici può causare, è fondamentale la formazione, una base di strumenti di supporto che includa l’educazione etica. Sala (2014) afferma che “Agire tendendo a un ideale è molto più che eseguire pedissequamente ordini e comandi”.

Nella vita quotidiana l’educazione ricevuta, le proprie idee morali e il modo di comportarsi appreso, se socialmente eticamente accettabile, spesso sono sufficienti per scegliere come agire ma il problema sorge quando i valori sono in conflitto nella pratica professionale: è importante riconoscere quale valore privilegiare o trovare comunque una modalità per affrontare il dilemma e garantire il rispetto della persona assistita ma anche delle proprie profonde credenze, nella tutela di tutte le parti coinvolte. Sala (2014) parla di identità ‘calda’ in riferimento agli agenti morali, a cui integra una identità ‘fredda’ che è quella di cittadini; vivere queste due identità nell’unica persona è difficile. Se a questo vissuto si aggiunge anche la dimensione professionale, i ruoli diventano tre: soggetti morali, cittadini e professionisti al tempo stesso complicando ulteriormente la chiara posizione di risposta. (Sala 2014)

Salute di genere

La questione dell’OdC non si limita agli aspetti giuridici e scatena dibattiti e differenti prese di posizione da parte di esperti, professionisti sanitari e studenti sia nel panorama nazionale che internazionale. Il concetto di salute sessuale e riproduttiva si è evoluto in risposta alla moltiplicazione dei servizi per la salute delle donne sviluppatasi nel ventesimo secolo. La salute riproduttiva viene inclusa tra i determinanti della salute globale per la prima volta nella

International Conference on Population and Development del Cairo nel 1994, si ritiene alla base del benessere delle famiglie e si riconosce che condiziona lo sviluppo economico e sociale delle comunità e delle nazioni. Si pone la donna al centro di un approccio integrato alla riproduzione, che valorizza il ruolo della donna nella società non solo come madre e si riconosce che i diritti umani hanno un ruolo fondamentale nel campo della salute. La salute riproduttiva, perciò, implica che le persone abbiano la possibilità di vivere una vita sessuale soddisfacente e sicura, avendo la capacità di riprodursi e la libertà di prendere decisioni inerenti al family planning secondo il principio di autonomia. Impliciti in questa ultima condizione sono i diritti di donne e uomini di essere informati e di avere accesso a metodi di pianificazione familiare di loro scelta, sicuri, efficaci, accettabili ed economicamente sostenibili, così come altri metodi di loro scelta per la regolazione della fertilità che non siano contro la legge, e il diritto all'accesso a servizi di salute appropriati che si prendano cura con sicurezza della donna durante la gravidanza e il parto e garantiscano alle coppie la migliore opportunità di avere un figlio sano.

La Conferenza di Pechino (1995) stabilisce anche il diritto delle donne al controllo della propria sessualità: sintetizzando, il diritto principale è quello di raggiungere il più alto standard di salute sessuale e riproduttiva, con attenzione alle relazioni tra uomini e donne, improntate al rispetto reciproco e alla condivisione delle responsabilità delle scelte.

Nel 2003 la Commissione per i Diritti Umani dell'ONU stabilì definitivamente che la salute sessuale e riproduttiva sono elementi integranti del diritto di ogni persona di ottenere il più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale; il diritto alla salute sessuale e riproduttiva, pur non esplicitamente nominato come tale, fa parte anche dei Millennium Development Goals dell'OMS (settembre 2000).

Nel 2001 è stato costituito un comitato per i diritti alla salute sessuale e riproduttiva delle donne (WSRR - Committee for Women's Sexual and Reproductive Rights FIGO), sotto la guida di Dorothy Shaw, che per tutto il suo mandato presidenziale dal 2006 al 2009 ha lavorato instancabilmente sul tema dei diritti umani nel campo della salute riproduttiva. L'obiettivo era di integrare l'insegnamento dei temi della salute delle donne e dei diritti umani durante il training dei giovani studenti.

Il problema attuale di bilanciare tra diritto alla salute riproduttiva delle donne e diritto all'OdC non è quindi solo un problema relativo al nostro paese, se pur fortemente presente nella realtà nazionale per il crescente numero di obiettori e le difficoltà di accesso ai servizi di IVG, ma un problema internazionale, scaturito non solo da fatti di cronaca ma, a livello filosofico e etico, dal dilemma irrisolto generato dal conflitto tra i valori in gioco.

Codice Deontologico dell'Ostetrica/o

Nel Codice Etico Internazionale delle Ostetriche (1993) si articola che le Ostetriche devono rispettare il diritto di scelta della donna e promuovere, nella donna, l'accettazione della responsabilità per le conseguenze delle sue scelte. Le ostetriche in ogni circostanza devono rispondere ai bisogni psicologici, fisici, emotivi e spirituali delle donne che cercano assistenza ostetrica. Le ostetriche sono responsabili delle loro decisioni ed interventi, e sono responsabili delle relative conseguenze della loro assistenza alle donne. Tuttavia le ostetriche possono rifiutarsi di partecipare ad attività per le quali sentono una profonda avversione morale; nonostante l'enfasi sulla coscienza personale non dovrebbe privare le donne dei servizi sanitari essenziali.

In Italia il Codice Deontologico dell'Ostetrica (2010 e successive integrazioni) riporta al punto 3.16 'l'ostetrica/o di fronte ad una richiesta di intervento in conflitto con I principi etici della professione e con I valori personali, si avvale dell'OdC quando prevista dalla legge e si avvale della clausola di coscienza negli altri casi, garantendo le prestazioni inderogabili per la tutela della incolumità e della vita di tutti i soggetti coinvolti'. Non vi è però definizione dei limiti in cui ci si può avvalere della clausola di coscienza, ossia degli 'altri casi' nel testo, che riporta, come la L.194/78, una terminologia poco specifica e aperta a varie interpretazioni in un ambito molto complesso come quello della definizione dei limiti del diritto all'OdC.

Per quanto concerne il parere delle ostetriche, nel 2002 due docenti ostetriche dell'Università di Nottingham, Jayne Marshall e Maureen Raynor pubblicarono due articoli sull'obiezione di coscienza, il primo sugli aspetti etici e legali affronta il problema della definizione di partecipazione al trattamento e dei limiti dell'OdC e solleva il dilemma etico di quando inizia la vita; il secondo sulle responsabilità professionali ha lo scopo di indirizzare l'interfaccia tra implicazioni professionali e legali dell'OdC per le ostetriche. Nel primo articolo, dopo l'analisi della normativa in UK e della problematica etica dell'interruzione di gravidanza per anomalie fetali si evidenzia che uno dei fondamentali dilemmi etici in diagnosi prenatale è il collegamento con l'opzione di interruzione della gravidanza e come le ostetriche sono sempre più esposte alle scelte di interruzione terapeutica di gravidanza delle donne: molte però sono obiettrici per motivi etici, religiosi o personali. Il RCM (Royal College of Midwives) ricorda che le ostetriche devono essere preparate ad assistere le donne prima, dopo e durante l'interruzione di gravidanza perché l'Abortion Act afferma che le ostetriche che obiettano non sono esenti dall'assistenza in caso di emergenza con pericolo di vita della donna. Il RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) sostiene, attraverso linee guida di supporto all'interpretazione della normativa, che ogni donna dovrebbe essere assistita da uno staff esperto e sensibile. Ogni obiezione pertanto va sollevata prima di essere coinvolti nell'assistenza. L'UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and

Health Visiting) afferma che le ostetriche hanno il dovere di assicurare a tutte le donne informazioni riguardo alle pratiche di diagnosi prenatale, anche che possano condurre all'IVG o riguardare il family planning, incluse quelle sulla pillola postcoitale. Negando alle donne questo diritto, le ostetriche falliscono nel loro dovere di cura, intesa come "care". Il possibile compromesso identificato è l'invio della coppia ad un'altra ostetrica. Lo Human Rights act afferma che vadano rispettate sia l'autonomia della donna che quella dell'ostetrica. L'articolo espone i principi etici di Beauchamp di beneficenza, non maleficenza autonomia e giustizia e conclude che le ostetriche che si trovano davanti ad un dilemma etico debbano decidere con intuito, riflessione e esperienza secondo i principi di "Veracity, confidentiality, privacy e fidelity".

Thompson (2002) pubblicò una discussione, già citata nel secondo capitolo, in merito all'inadeguatezza dei codici di etica professionale basati su principi astratti, ove non rigetta la validità dei principi di bioetica classica ma discorda con l'astrazione dei principi per la loro inadeguatezza a rivolgersi al contesto, ai cambiamenti storici, alla cultura, al carattere e alla relazione. Discorda anche con l'orientamento a un contesto istituzionale poiché disfunzionale alla pratica della midwifery.

I concetti esposti riprendono quelli discussi in una presentazione di Fahy, Thompson e Harrison (Do we need a different ethic for the midwifery partnership?) nella nona conferenza annuale internazionale sulle prospettive critiche e di genere del 1998. Lo scopo è di dimostrare come l'etica biomedica legittimi il potere medico sopra i pazienti e gli altri operatori della salute, in questo caso le ostetriche e di come la midwifery necessiti di un differente modello, proponendo la midwifery partnership i cui assunti contrastano con la bioetica modernista la quale opera nelle organizzazioni sanitarie.

La presentazione traccia prima i contorni della bioetica modernista poi presenta un caso e analizza in esso come vengano interpretati in pratica i principi e le teorie etiche per in ultimo interpretare l'analisi alla luce della critica di genere e postmoderna all'etica modernista. In conclusione presentano il modello allora recente della midwifery partnership per dimostrare come possa essere utilizzato nelle esistenti midwifery units esplorando le implicazioni dell'adozione di un modello di etica di genere e post moderno nella pratica ostetrica.

Rispetto all'OdC e agli ambiti nei quali l'ostetrica ha diritto a sollevarla, in Italia la FNCO (2012) si è pronunciata con un parere tecnico approvato all'unanimità dal Comitato Centrale FNCO. Il Parere si esprime sostenendo che è un diritto dell'ostetrica, secondo il proprio Codice Deontologico, avvalersi della OdC quando prevista dalla legge, davanti a una richiesta di intervento in conflitto con i principi etici della professione e con i valori personali. L'OdC riporta la FNCO, esonera l'ostetrica dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'IVG, e non dall'assistenza ostetrica antecedente e conseguente all'intervento. Pertanto il Parere afferma che l'ostetrica è esonerata

dal somministrare farmaci o altri presidi, nonché a partecipare a tecniche chirurgiche finalizzate direttamente a determinare l'IVG. Non può però esimersi dalla somministrazione di farmaci o altri presidi, nonché dal partecipare a tecniche chirurgiche finalizzate direttamente a determinare l'IVG, in situazione in cui è indispensabile salvare la vita della donna in imminente pericolo in quanto si configura omissione di soccorso, come previsto dalla legge.

L'OdC potrebbe considerarsi revocata, con effetto immediato, per le ostetriche che l'hanno sollevata nel caso prendano parte a procedure o a interventi per l'IVG previsti dalla presente legge al di fuori delle situazioni di pericolo di vita per la donna. Di fronte a difficoltà organizzative nell'attuazione della legge 194/78 presso le istituzioni sanitarie autorizzate, dovute ad esempio a carenza o a mancanza di personale non obiettore, il Parere ritiene che le ostetriche si possano esimere dal somministrare farmaci o altri presidi, su prescrizione medica, nonché dalla partecipazione a tecniche chirurgiche finalizzate direttamente a determinare l'IVG se non sussiste pericolo immediato di vita della donna, in quanto è responsabilità delle istituzioni sanitarie autorizzate mettere in atto le strategie organizzative volte a garantire il diritto alla salute, all'accesso ed alla continuità delle cure alla donna che ha espresso la volontà di IVG. Rispetto ai pareri precedentemente discussi, quindi, che riconoscevano il diritto all'OdC ove questo non cagionasse danno alle donne, la FNCO si pronuncia in difesa dei valori dei professionisti sostenendo che le ostetriche possano obiettare anche quando questo generi difficoltà di accesso al servizio perché di ciò sono responsabili e devono occuparsene le istituzioni e non i singoli professionisti, salvo in caso di pericolo imminente di vita della donna.

OdC e pratica clinica

In merito alla pratica clinica nel 1993 Green condusse un'indagine nelle Unità operative Ostetriche chiedendo come i professionisti avrebbero voluto essere preparati in caso di anencefalia, spina bifida e sindrome di Down nella gravidanza tardiva. Nel 2001, Savalescu fece un'indagine in un sottogruppo di genetisti clinici e ostetrici ponendo simili domande sulla volontà di mettere in atto il termine di gravidanza. Nel 2007 Curlin et al., intrapresero uno studio cross-sectional sui punti di vista dei medici riguardo a un range di procedure, incluso l'aborto. In merito all'assistenza a IVG tardiva è stato reperito anche un articolo italiano di Mauri et al. (2015), che descrive attraverso uno studio fenomenologico ermeneutico, la percezione delle ostetriche intervistate in merito al carico emotivo dell'assistenza al travaglio abortivo per IVG dopo la 16[°] settimana gestazionale, pratica in incremento in Italia tra le donne di 15 e 49 anni, con un tasso di aborto stimato in crescita dal 1999 al 2008 fino a 8.7 (1000 donne nella suddetta fascia di età) in Italia e 9.2 in Lombardia, giustificato dall'incremento dell'età materna nelle primigravide e dall'uso dei servizi di

diagnosi prenatale. L'articolo espone i risultati di interviste semistrutturate a 17 ostetriche tra i 25 e i 50 anni in tre differenti unità operative (diagnosi prenatale, gravidanza ad alto rischio e sala parto) di un centro di cura del nord Italia, coinvolte nelle pratiche del processo di interruzione di gravidanza dopo le 16 settimane; i temi emersi riguardano le influenze, i supporti, l'empatia e le emozioni. Rispetto al primo tema emerge l'importanza dell'esperienza e del non essere lasciate sole nel carico di lavoro. Rispetto al secondo tema vengono identificate strategie organizzative di supporto come la cooperazione, la condivisione coi colleghi, la discussione dei casi in team e il training per migliorare la gestione del lavoro e promuovere le conoscenze. Risulta di supporto anche una buona organizzazione di spazi e personale dedicato per le donne che vivono queste esperienze. In merito all'empatia viene citato il modello di assistenza one-to-one che andrebbe garantito alle donne che accedono a questo servizio, emerge qui il problema dei conflitti interni all'esperienza delle ostetriche che spesso generano sofferenza per quanto siano disponibili ad assistere la donna senza giudizio. Le ostetriche dicono di sforzarsi per trovare sempre l'equilibrio tra empatia, condivisione e sofferenza perché l'ostetrica soffre 'con e per' la donna soprattutto quando il feto nasce con vitalità. Nell'ambito delle emozioni emerge il ricordo della gratitudine delle donne per alcune e per altre della rabbia per quei feti le cui patologie non erano incompatibili con la vita, tutte riportano poi il ricordo della prima esperienza come indimenticabile. In conclusione le ostetriche citano l'importanza di avere sempre un'esperta in turno con una giovane per la condivisione del carico di lavoro e si sottolinea come la formazione e lo sviluppo delle ostetriche debba essere continuo e includere il supporto emozionale per le donne e l'aggiornamento delle tecniche di sollievo dal dolore e di processo di elaborazione del lutto. Infine le ostetriche sostengono l'importanza della camera singola per le donne in cui possa stare anche il marito e un'ostetrica dedicata che se ne possa prendere cura.

Tuttavia secondo il codice le ostetriche possono rifiutarsi di partecipare ad attività per le quali sentono una profonda avversione morale; sottolineando però che l'enfasi sulla coscienza personale comunque non dovrebbe privare le donne dei servizi sanitari essenziali.

interna e dall'etica della condivisione e non su codici basati su normativa morale, principi astratti, pratiche come la medicina, la scienza e la filosofia morale.

La formazione della studente di Ostetricia, futuro professionista, prevede l'analisi e la comprensione di uno strumento etico specifico per la professione, il proprio Codice Deontologico. I codici deontologici, guide di comportamento morale per il professionista, definiscono la struttura di valori e credenze della professione e cercano di spiegare la natura, lo scopo e la missione. Un codice deontologico agisce come un distillato di secoli di conoscenze e saggezza per guidare i professionisti nel relazionarsi alle persone assistite. Ciò assicura che l'operato di ogni membro rifletta il valore della professione. I codici riflettono i

valori umani più elevati come identificato dai sistemi religiosi, umanitari e filosofici sviluppati nei secoli.

I confini creati dai codici deontologici della midwifery (International Confederation of Midwives, Code of ethics (1993) e Codici Deontologici nazionali) descrivono e incapsulano la cultura della midwifery. Forniscono all'ostetrica un punto di riferimento per prendere decisioni sulla condotta ostetrica appropriata nella pratica di tutti i giorni così come in situazioni che richiedono un'analisi complessa e competenza decisionale.

I codici deontologici mettono in grado l'ostetrica di riflettere sui propri valori e la condotta professionale per vedere se si adatta al sistema di valori della professione. Molto importante è il fatto che questi codici assistono ogni professionista nello sperimentarsi parte di un mondo più ampio del singolo professionista - il mondo della midwifery. Tuttavia, come vedremo nella revisione della letteratura, alcune autrici ostetriche avanzano delle critiche ai codici deontologici ritenendoli basati su concetti troppo astratti: ad esempio un'ostetrica australiana (Thompson, 2002) pubblicò una discussione in merito all'inadeguatezza dei codici di etica professionale basati su principi astratti e teorie normative morali per la pratica ostetrica che dovrebbero basarsi invece sull'etica della relazione, del femminile, dell'intimità e della partnership tra donna e ostetrica. L'autrice non rigetta la validità dei principi di beneficenza, non maleficenza, autonomia e giustizia dell'etica classica o gli aspetti dell'etica sanitaria di altre professioni che hanno influenzato storicamente la midwifery ma discorda con l'astrazione dei principi per la loro inadeguatezza a rivolgersi al contesto, ai cambiamenti storici, alla cultura, al carattere e alla relazione. Discorda anche con l'orientamento ad un contesto istituzionale poiché disfunzionale alla pratica della midwifery basata sull'intensità dell'esperienza personale delle donne e sul rapporto tra l'ostetrica e la donna. Il ruolo dell'ostetrica è quello di membro della partnership, di una 'condivisione amichevole' ('friendship'), non di un esperto sconosciuto del sistema ospedaliero con una conoscenza elitaria e di una donna con potere inferiore. Se la midwifery è basata sul rapporto dell'ostetrica con la donna, l'etica della midwifery dovrebbe basarsi sulle loro personali credenze condivise, guidata da motivazione interna e dall'etica della condivisione e non su codici basati su normativa morale, principi astratti, pratiche come la medicina, la scienza e la filosofia morale.

Le dimensioni dell'etica di genere della midwifery sono quindi definibili con concetti più concreti e basati sul rapporto tra l'ostetrica e la singola donna assistita, sulla relazione e sulla condivisione dei loro valori.

1.7 OdC e posizione degli studenti

Non sono stati reperiti studi specifici sugli studenti dei CdL in Ostetricia. In letteratura sono stati reperiti studi rivolti ad altre professioni, pur sempre coinvolte nel processo di IVG e i

parte inerenti l'OdC, ma relativi ai loro ambiti di esercizio che discostano da quelli della Ostetrica.

Secondo un articolo di Dickens e Cook del 2000 sugli scopi e limiti dell'OdC, gli studenti medici e delle professioni sanitarie non possono obiettare dall'essere educati alle procedure (teoria ed esercitazioni di laboratorio) ma possono obiettare al dovere di praticarle sotto supervisione durante il tirocinio.

In un'indagine conoscitiva su 733 studenti di Medicina circa l'OdC, Strickland (2012) sostiene che 'l'aborto continua a essere argomento di contenzioso tra gli studenti di medicina e questo può contribuire alla crisi dei servizi per l'IVG negli anni a venire' e che "l'OdC è una questione problematica tra gli studenti di medicina del Regno Unito oggi. Questi dati possono anticipare il problema che sorgerà quando gli studenti saranno professionisti e praticeranno medicina nella comunità'. L'autrice conclude sottolineando che una più chiara guida è necessaria per gli studenti circa il problema dell'OdC nella scuola di medicina. (Strickland, 2012)

Uno studio spagnolo del 2012 di Rodriguez-Calvo et al., che indaga l'attitudine di 300 studenti circa l'IVG (studenti medici, professioni sanitarie e di giurisprudenza) dell'università di Santiago di Compostela evidenzia che la partecipazione degli studenti al percorso di IVG delle pazienti è influenzata dalle circostanze di salute che portano la donna a richiedere l'IVG (indagate otto differenti situazioni). Complessivamente il 66,5% degli studenti si dichiara a favore dell'aborto, il 15,5% pro vita e il 18% rimane indeciso. Lo studio afferma anche che gli studenti ritengono che la decisione spetti solo alla donna senza interferenza dell'uomo/compagno/marito in contrasto con uno studio su studenti italiani di Bengston-Agostino sulle attitudini degli studenti delle professioni sanitarie italiani e svedesi circa l'aborto e il family planning. Sono indagate anche le conoscenze sulla normativa vigente in Spagna e il 76-80% risulta conoscerla. La maggior parte degli studenti afferma di ritenere l'etica una materia importante nei curricula di studio e gli autori concludono dicendo che 'è importante mettere in risalto la necessità di un training etico che supporti nella risoluzione di conflitti etici tra i valori dei pazienti e dei professionisti della salute per contribuire al miglioramento della pratica clinica'. (Rodriguez-Calvo et al., 2012)

In risposta a studi condotti su medici e studenti, su come loro bilanciano i valori/credenze ed il lavoro, sono state pubblicate nel 2006 sul sito del GMC (General Medical Council) dei Core Educational Outcomes che esprimono la posizione del comitato per l'educazione. Queste linee guida riconoscono il diritto di libertà di espressione per gli studenti medici, ma si dichiara che questo 'non può compromettere lo scopo fondamentale del corso: formare medici che hanno le conoscenze, le abilità, le attitudini ed il comportamento necessari per il conseguimento della Laurea in Medicina'. (GMC, 2006)

Nonostante l'attualità dei dibattiti bioetici in merito, non sono molti gli studi pubblicati sulla

questione dell'OdC che indagano la posizione ed il vissuto delle ostetriche e degli studenti di Ostetricia, pur essendo l'ostetrica una delle figure professionali più esposte ai problemi etici legati all'IVG, alla PMA e quindi titolare del diritto all'OdC. L'idea del presente studio nasce dai risultati della letteratura che evidenziano il conflitto irrisolto tra diritto all'aborto e valori morali degli operatori degli studenti di Medicina e necessità di raggiungere gli obiettivi formativi dei CdL, comprese le competenze necessarie a garantire il diritto all'IVG.

Inoltre motiva la ricerca la scarsità di dati relativi alle attitudini, conoscenze e strumenti decisionali in possesso degli studenti di Ostetricia.

Non sono stati infatti reperiti studi, in particolare nel contesto italiano, di indagini relative agli studenti del CdL in Ostetricia, alle loro attitudini, conoscenze e esperienze e agli strumenti forniti dalla formazione per affrontare i dilemmi etici in cui possono incappare nel loro percorso formativo e nella loro futura professione. Il presente studio trova pertanto il suo pieno scopo nell'andare ad analizzare la questione su un campione di studenti del CdL in Ostetricia della realtà lombarda.

Lo studio si propone di indagare l'opinione degli studenti in merito alla formazione ricevuta rispetto ai contenuti della normativa e all'analisi etica per la presa di decisioni nella pratica. La capacità di prendere decisioni etiche è essenziale per eccellere moralmente nella pratica professionale e per non incappare nel distress che la posizione di scelta dell'OdC e i dilemmi possono causare nel professionista.

Si indagherà anche la loro attitudine ad apprendere tutte quelle pratiche cliniche che sono oggetto di OdC, ovvero il loro grado di accordo con la prevalenza dell'obiettivo formativo rispetto alle convinzioni morali dello studente e viceversa, non essendoci chiara posizione della normativa italiana a riguardo.

Tutti i CdL in Ostetricia dovrebbero perciò includere un percorso formativo che comprenda moduli di insegnamento di normativa, deontologia e etica, strutturato in modo da accompagnare e tutelare lo studente, potenziare le sue competenze nel riconoscere i problemi etici e guidarlo nell'improntare un ragionamento critico per scegliere la soluzione appropriata alla specifica situazione, che rispetti i valori di tutti gli individui coinvolti, compreso se stesso. Inoltre la formazione etica, perché non rimanga solo pura conoscenza ma sia uno strumento a disposizione dello studente, andrebbe contestualizzata profondamente nella professione. In seguito si analizzeranno i fondamenti della bioetica con una proposta di lettura in chiave ostetrica.

Il CNB, istituito nel 1990, consulente di Governo e Parlamento e informatore della pubblica opinione in merito ai temi di stampo bioetico, ha pubblicato nel 2012 il già citato documento "Obiezione di coscienza e bioetica". Il documento esamina gli aspetti morali dell'OdC e conclude che 'l'OdC è un diritto protetto costituzionalmente fondato e costituisce

un'istituzione democratica, in quanto preserva il carattere problematico delle questioni inerenti alla tutela dei diritti fondamentali senza vincolarle in modo assoluto al potere delle maggioranze, e va esercitata in modo sostenibile'. Il parere si occupa inoltre delle principali questioni di dettaglio inerenti alla tematica dell'OdC in bioetica, come l'esigenza di controlli di coerenza, la distinzione tra obblighi di fare e di non fare e la difficile questione relativa ai criteri di determinazione dei soggetti che possono far valere l'OdC. Tra i soggetti non sono comunque citati nello specifico gli studenti dei Corsi di Laurea nelle Professioni Sanitarie, di cui non si parla neanche nei riferimenti legislativi L. 194/78 e 40/2004. Seppur a sostegno del diritto all'OdC anche la maggioranza del CNB riconosce l'esistenza di un 'diritto di aborto', dal momento che prende atto che quanto previsto dalla L.194/78 non vada ostacolato. Infatti, nelle 'Conclusioni e Raccomandazioni' il Parere afferma che "la tutela dell'OdC, per la sua stessa sostenibilità nell'ordinamento giuridico, non deve limitare né rendere più gravoso l'esercizio di diritti riconosciuti per legge". Detto più chiaramente, il servizio di aborto previsto dalla L.194/78 va garantito e non è in discussione. Dopo aver ribadito che debbano essere evitate tutte le possibili forme di discriminazione sia per gli obiettori sia per i non-obiettori, il documento riconosce che è necessario giungere a "un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento, negli ambiti della bioetica in cui l'OdC viene esercitata, che può prevedere forme di mobilità del personale e di reclutamento differenziati atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non-obiettori. Controlli di norma a posteriori dovrebbero inoltre accertare che l'obiettore non svolga attività incompatibili con quella a cui ha fatto obiezione". Dalle conclusioni del testo, deriva anche la seguente raccomandazione, già promossa da tutti gli altri autori: nella tutela dell'OdC, che discende dal suo essere costituzionalmente fondata, si devono prevedere misure adeguate a garantire l'erogazione dei servizi, con attenzione a non discriminare né gli obiettori né i non obiettori, e quindi un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento che possa equilibrare, sulla base dei dati disponibili, obiettori e non.

Gli studenti di Ostetricia devono muoversi in un campo minato e necessitano di un bagaglio di conoscenze e strumenti molto ampio da accompagnare al proprio bagaglio di valori morali per non incappare in una costante e logorante incertezza etica. L'Istituzione oltre a tutelare lo studente deve però salvaguardare i diritti delle donne verso cui la professione ostetrica è rivolta.

Nel 2008 fu prodotto dal Comitato esecutivo FIGO un opuscolo per le Scuole di Medicina che aumentasse la sensibilità ai diritti delle donne nella salute sessuale e riproduttiva, chiarendo la terminologia in uso. Successivamente è stata elaborata, tra il 2010 e 2011, una check-list dei 10 diritti umani fondamentali che possono essere utilizzati nel campo della salute sessuale e riproduttiva.

L'emergenza 'obiezione di coscienza' non interessa solo i ginecologi italiani ma anche tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alle donne che chiedono l'IVG, in particolare il gruppo delle Ostetriche in quanto prima professione responsabile di farsi 'advocate' dei diritti delle donne nelle scelte riproduttive e coinvolta in prima linea nei consultori, nelle strutture di Ostetricia e Ginecologia ove si effettuano gli interventi di IVG chirurgica o i ricoveri per IVG farmacologica e nelle sale parto dove partoriscono le donne che chiedono ITG (Interruzioni Terapeutiche di Gravidanza) o che ricorrono alle tecniche di PMA.

Rispetto alla cultura bioetica da integrare nei CdL il CNB, già nel 1991, si era espresso sottolineando come una cultura bioetica non sia necessaria solo per i medici ma anche per gli altri professionisti sanitari al fine di garantire il rispetto per la persona assistita. Il CNB propone il documento "Bioetica e formazione nel sistema sanitario" (1991) nel quale ritiene che un'adeguata formazione etica nel campo della biomedicina e della medicina clinica sia il presupposto e la garanzia per un corretto esercizio professionale, nonché una base necessaria al successivo approfondimento culturale e scientifico di specifici temi di bioetica. Sostiene poi che la formazione bioetica debba essere sempre orientata a soddisfare i bisogni di salute dei pazienti e di apprendimento degli studenti, offrendo a questi ultimi non solo competenze tecnico-scientifiche, ma anche sensibilità nei confronti dei problemi delle persone sofferenti e responsabilità etico-sociale nell'azione terapeutica. Il Comitato specifica che l'equilibrio nella formazione richiede una corretta integrazione tra le scienze di base, le scienze cliniche e le discipline umanistiche. La sensibilizzazione precoce degli studenti alle tematiche bioetiche serve a rinsaldare le motivazioni umanitarie agli studi medici e a sviluppare una visione globale dei problemi delle persone assistite. Per la formazione alla bioetica il CNB richiede l'individuazione di un corpo docente con competenze multidisciplinari, sottolineando che non ci si può limitare alla formazione bioetica del solo personale medico, perché questa deve essere estesa a tutto il personale che, a vario titolo, opera nel comparto della sanità e il cui operato possa incidere nel sistema globale delle cure della salute: chiaramente, fra queste, l'ostetrica riveste il ruolo principale nell'assistenza alla salute delle donne e della famiglia e si trova in prima linea davanti a numerose complesse situazioni in cui possono inserirsi conflitti tra i valori.

Lo studio proposto ritrova quindi il suo scopo nell'indagare quali sono le attitudini, le conoscenze e le esperienze gli studenti, soprattutto nel mondo della Midwifery, in merito all'OdC e ai dilemmi etici che la situazione attuale genera. La professione ostetrica mette in gioco e in relazione alti valori morali deontologici ma soprattutto personali, peculiarità di ognuno, che non possono essere discriminati limitando l'accesso alla professione come l'ostetrica, che mira alla salute fisica, psichica e sociale di donne, bambini e famiglie.

CAPITOLO 2

METODI E STRUMENTI

Il cammino fin qui affrontato delinea una situazione di complessità che non può essere trascurata in professionisti, ed in particolare in formatori, che si confrontano quotidianamente con il rispetto all'OdC. L'identità di professionista peraltro comincia la sua costruzione negli studenti durante il percorso formativo. Gli studenti, non avendo ancora acquisito tutti gli elementi chiave per strutturare l'identità professionale, si trovano in una terra di mezzo dalla quale risulta difficile a volte trovare risposte a dubbi e necessità che sorgono da circostanze reali e inaspettate e soprattutto che mettono in gioco una richiesta così fondamentale per l'uomo quale l'OdC.

Lo scopo del presente studio è quello di indagare l'OdC nel percorso formativo degli studenti ed acquisire conoscenze che possano generare azioni di accompagnamento degli studenti o offrire strumenti di aiuto in casi di necessità. Lo scopo è perseguito attraverso l'esplorazione delle attitudini, delle esperienze e delle conoscenze degli studenti del CdL in Ostetricia rispetto all'OdC e la comprensione degli strumenti di cui dispongono per affrontare le circostanze in cui si manifesta l'OdC.

L'obiettivo primario dello studio è quello di rilevare le modalità di attribuzione dell'importanza dei valori etici e dei doveri professionali, in riferimento all'OdC, degli studenti del terzo anno dei CdL in Ostetricia in Lombardia. Si andrà anche a misurare la conoscenza della normativa italiana in materia di OdC (in dettaglio Legge 194/78 e Legge 40/2004 ed aggiornamenti), e gli strumenti posseduti a riguardo dell'OdC ed eventuale bisogno formativo.

Il disegno di studio utilizzato è quello dello Studio osservazionale descrittivo trasversale. La popolazione in studio è composta dalle 135 studenti del 3° anno del Corso di Laurea in Ostetricia nelle sette sedi delle cinque Università lombarde che offrono tale percorso formativo come descritto nella tabella n.1.

Sede	Numero studenti
UNIMIB	39
UNIMI	39
UNIBS	18
Uninsubria	21
UNIPV	18

Tabella n. 1

Sono state incluse nello studio le studenti iscritte/i e frequentanti il terzo anno di CdL. Per l'inclusione allo studio si è stabilito come criterio necessario l'iscrizione e la frequenza al terzo anno del CdL in Ostetricia, in considerazione del fatto che le stesse/gli stessi, a settembre, hanno già concluso la frequenza ai corsi teorici e stanno completando o hanno completato entro la fine del mese il tirocinio pratico. Pertanto si ritiene che tutti gli strumenti e le conoscenze sono state acquisite e completate nel percorso formativo. È stata acquisita l'autorizzazione allo studio da parte degli organi responsabili a livello universitario. All'incontro con gli studenti (previo accordo con i Coordinatori dei differenti CdL inclusi nello studio) è stato presentato lo studio e gli obiettivi dello stesso, di seguito si è raccolto il consenso informato e si è proceduto alla distribuzione del questionario rimanendo a disposizione degli studenti per qualsiasi dubbio o domanda.

La raccolta dei dati è avvenuta presso le sedi di formazione del CdL in Ostetricia delle Università degli Studi di:

- Milano-Bicocca (CLO1: sede di Monza c/o U8 di via Cadore 48; e CLO2: sede di Bergamo c/o A.O. Papa Giovanni XXIII, via OMS 1)
- Milano (CLO23: sede di Milano, c/o Ospedale Regina Elena, via Fanti 6; e CLO4: sede di Mantova, c/o Azienda Ospedaliera Carlo Poma - V.le Albertoni, 1)
- Pavia (CLO35, Pavia via Sant'Agostino, 8)
- Brescia (CLO46: viale Europa 13, Brescia)
- Insubria (CLO57: sede di Varese, via Rossi 9)

Come dato preliminare allo studio, è stato indagato lo svolgimento dei corsi relativi al tema in esame. Attualmente nei CdL in Ostetricia presi in esame in questo studio, gli studenti svolgono dei moduli di insegnamento di Etica, Legislazione sanitaria/Diritto e deontologia professionale variamente distribuiti nel tre anni ed integrati ad altri moduli: dai piani di studio dichiarati da ciascuna università non è possibile valutare la presenza in dettaglio della L. 194/78 e L. 40/2004 nei contenuti dei corsi. È tuttavia confrontabile la distribuzione di CFU riservati ai corsi CdL in Ostetricia con la medesima denominazione:

- Università degli Studi di Brescia gli studenti svolgono i seguenti corsi:
 - Legislazione professionale 1 CFU (1 anno)
 - Deontologia professionale 1 CFU (2 anno)
 - Medicina legale, Bioetica e Deontologia professionale 1 CFU (3 anno)
 - Diritto del lavoro 1 CFU (3 anno)

- Università degli Studi di Milano-Bicocca: è presente un Insegnamento denominato ‘Legislazione e organizzazione sanitaria’ che integra i contenuti di Legislazione, Deontologia professionale e Bioetica, l’intero corso prevede 6 CFU e viene svolto al 3 anno.
- Università degli Studi dell’Insubria: gli studenti frequentano un corso di Bioetica 1 CFU (2 anno), un corso di Deontologia professionale 1 CFU (3 anno) e un corso integrato di Management sanitario 3 CFU che contiene il modulo di Diritto del lavoro 1 CFU (3 anno).
- Università degli Studi di Milano: il CdL adotta una particolare forma di erogazione della didattica che è trasversale su argomenti non rendendo quindi possibile evidenziare un unico modulo ma bensì parte integrante di differenti ambiti. Risulta però presente un modulo denominato ‘Istituzioni di diritto pubblico 1 CFU (3 anno).
- Università degli Studi di Pavia: è presente un corso di Diritto del Lavoro 2 CFU (2 anno) ed un corso di Bioetica 2 CFU 3 anno.

Essendo presente nei differenti piani di studio dei curricula formativi scelti in base alla sede, quindi tutti ugualmente denominati e strutturati, non è possibile un confronto sui contenuti dei corsi formativi nelle diverse sedi tramite i dati raccolti dai siti di pertinenza ma si può notare e argomentare come, tranne per il corso di Legislazione professionale nella sede di Brescia, tutti i corsi che potrebbero trattare la legislazione in esame, analizzare i codici deontologici, fornire modelli e strumenti per risolvere dilemmi etici o nello specifico trattare il diritto dell’OdC sanitaria si tengono al secondo, o più frequentemente al terzo anno di CdL in Ostetricia. Pertanto gli studenti sperimentano situazioni che possono generare dilemmi etici e porre di fronte alla scelta relativa all’OdC in tirocinio, ben prima di aver affrontato o concluso un percorso che fornisca loro nozioni sulla normativa e cultura etica oltre a strumenti atti a sviluppare ragionamento critico, problem solving e a riconoscere e affrontare le situazioni di difficoltà che possono incontrare nella formazione e nella vita professionale. Questo accadimento è peculiare dello studente e deve essere affrontato necessariamente al fine di poter disporre di metodi e strumenti che possano aiutare lo studente che già gode all’ingresso nel percorso di studi di una identità morale e di cittadino, ma che incontra ora quella di professionista.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati dello studio è un questionario anonimo, strutturato in quattro sezioni comprendente 36 domande chiuse e pre-codificate e 3 domande aperte. Il documento è composto da sezioni che indagano gli aspetti relativi ai dati demografici, alle attitudini all’OdC, alle conoscenze degli aspetti legislativi ed infine alla formazione. Le domande aperte finali vertono ad approfondire il tema del dilemma etico nell’esperienza di tirocinio degli studenti. Il questionario è stato somministrato agli studenti dallo

sperimentatore stesso.

I dati raccolti sono stati poi analizzati e descritti articolando i risultati nelle diverse sezioni:

✓ Dati socio-anagrafici

Sono stati presi in considerazione solo gli aspetti maggiormente pertinenti nello studio, confrontabili e relazionabili ai dati delle sezioni successive. Si è quindi indagato l'età, il genere di appartenenza, il titolo di studio di scuola media superiore posseduto e l'appartenenza etnica/religiosa.

✓ Attitudini

Si sono indagate le attitudini all'OdC tramite l'espressione di opinioni facendo precedere alla domanda 'In generale penso che...'. Le opinioni pertinenti sono riferiti alla legislazione rilevate, facendo esprimere un grado di accordo o disaccordo con affermazioni riferite alle due norme (194/78 e 40/2004), codificando il grado di accordo con scala Likert da 1 a 4, dove 1 esprime completo accordo e 4 completo disaccordo.

✓ Conoscenze (degli aspetti legislativi e applicazione pratica)

Sono state analizzate le variabili pertinenti all'obiezione di coscienza OdC nella pratica clinica in Italia attraverso l'indagine delle conoscenze, espresse con "vero", "falso" e "non so", degli aspetti legislativi nel dettaglio (Legge 194/1978 e legge 40/2004).

✓ Formazione

Si è indagato il punto di vista degli studenti rispetto all'adeguatezza e completezza della formazione, in termini di conoscenze e strumenti forniti durante il percorso formativo, sempre utilizzando la metodologia del grado di accordo alle affermazioni utilizzata per la sezione 1 (si veda "Le opinioni").

Domande aperte: Hanno indagato le eventuali esperienze di dilemma etico, l'applicazione degli strumenti ricevuti per la gestione dello stesso nel tirocinio formativo e l'opinione in merito all'adeguatezza della sola conoscenza della normativa come strumento per affrontare situazioni ove si presentino dilemmi etici.

Al termine della stesura del questionario si è proceduto alla verifica dell'accettabilità e adeguatezza, della comprensibilità e validità tramite somministrazione pilota a 4 studentesse ostetriche del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. In seguito alle risposte raccolte sono state adeguati 2 item di cui uno

relativo alla sezione conoscenze ed uno a quella della formazione.

Gli item presi in considerazione sono stati:

Domanda n. 17 ‘La dichiarazione dell’obiettore deve essere comunicata al direttore sanitario’
– modificata in:

‘La dichiarazione dell’obiettore deve essere comunicata nel caso di personale dipendente dell’ospedale o della casa di cura, per iscritto al direttore sanitario’

Domanda n. 35 ‘Lo studente conosce lo specifico che tutela il personale sanitario in merito all’obiezione di coscienza’ – modificata in:

‘Lo studente sia a conoscenza delle norme che tutelano il personale sanitario in merito all’obiezione di coscienza’.

Il periodo di arruolamento ha tenuto conto del termine delle lezioni del terzo anno e inoltre, il periodo di tirocinio è di norma anch’esso terminato a fine settembre dell’anno in corso e pertanto si presuppone che l’evento indagato sia già stato trattato e incontrato nell’esperienza di tirocinio dalle studenti. L’arruolamento degli studenti e la raccolta dati sono avvenuti tra settembre e fine ottobre 2015. La compilazione dei questionari ha richiesto in media 20 minuti di tempo agli studenti che hanno aderito allo studio.

Sui dati raccolti sono state effettuate analisi statistiche di tipo descrittivo. Oltre alla descrizione del campione dal punto di vista socio-demografico, i risultati del questionario sono presentati come segue: per le sezioni ‘Attitudini’ e ‘Formazione’, sono riportate per ogni domanda, le percentuali di ciascuna risposta. Per la sezione ‘Conoscenze’ sono riportate le percentuali di risposte corrette, errate, oppure omesse. Per quanto riguarda l’analisi delle domande ‘aperte’, è riportata una sintesi dei principali concetti espressi dagli studenti. Per tutte le analisi vengono riportati sia i risultati sul campione totale che per ciascuna sede del CdL.

Allo scopo di poter validare il questionario, costruito sulla base della revisione della letteratura e della specifica normativa di riferimento, i risultati del presente studio saranno oggetto di pubblicazione quanto prima.

Gli studenti partecipanti allo studio sono stati reclutati tramite lettera informativa alle Università di appartenenza dei CdL e l’ottenimento della autorizzazione da parte del Presidente e Coordinatore del CdL. Prima della somministrazione del questionario anonimo è stato ottenuto il consenso informato in accordo con la Dichiarazione di Helsinki. I dati sensibili sono stati trattati ai sensi dell’art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003. Il team di ricerca è rimasto a disposizione per ogni chiarimento durante tutta la durata dello studio per rispondere alle domande dei partecipanti.

CAPITOLO 3

ANALISI DEI DATI

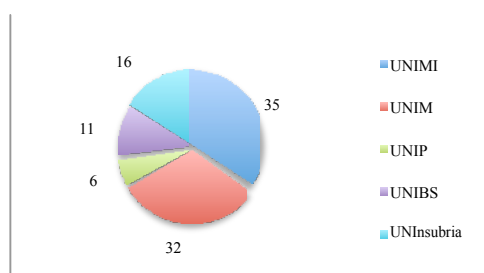
Alla luce dell'analisi statistica effettuata si sono raccolti dati rispetto agli aspetti socio-demografici, alle attitudini, alle conoscenze e alle opinioni del campione a riguardo dell'OdC, della normativa vigente in ambito sanitario, degli strumenti e della formazione ricevuta nel percorso del CdL in Ostetricia.

I questionari raccolti sono 112 di cui 1 è stato consegnato con la mancata compilazione pertanto i questionari presi in analisi sono 111. Tutti i questionari anonimi riportano i codici identificativi del CdL di appartenenza e del numero progressivo di raccolta assoluto e relativo al CdL di appartenenza. La codifica delle sedi dei CdL in Ostetricia utilizzata è la seguente:

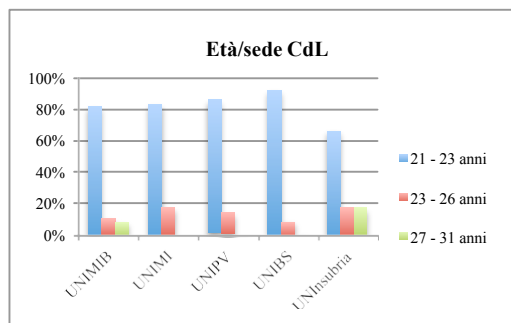
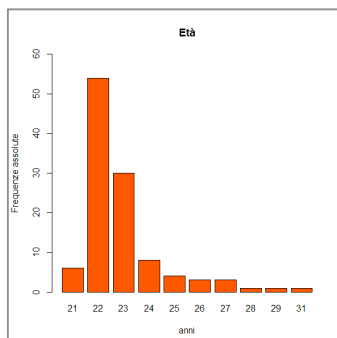
Sigla	Università	Identificativo	Studenti partecipanti
CLO1	Università degli Studi di Milano Bicocca-sede Monza	UNIMIB	20
	Università degli Studi di Milano Bicocca-sede Bergamo		19
CLO2	Università degli Studi di Milano-sede Milano	UNIMI	24
	Università degli Studi di Milano-sede Mantova		11
CLO3	Università degli Studi di Pavia	UNIPV	7
CLO4	Università degli Studi di Brescia	UNIBS	12
CLO5	Università degli Studi dell'Insubria	UNInsubria	18

Di seguito la distribuzione dei questionari raccolti per sede:

Sede del Corso di Laurea/Studenti partecipanti	
UNIMIB	39
UNIMI	35
UNIPV	7
UNIBS	12
UNInsubria	18
Totale	111



L'età degli studenti mostra un range tra i 21 e i 31 anni, con una netta prevalenza di ventiduenni. La fascia 21-23 anni raccoglie l'81% dei partecipanti, seguita da un 14% della fascia 24-26 anni e un 5% della fascia 27-31 anni. Nel dettaglio si mostra la distribuzione per anno e la rappresentazione della frequenza per CdL di appartenenza:



Per quanto riguarda il genere di appartenenza, si è riscontrata un'assoluta prevalenza di donne nel campione, composto da 109 femmine e 2 maschi.

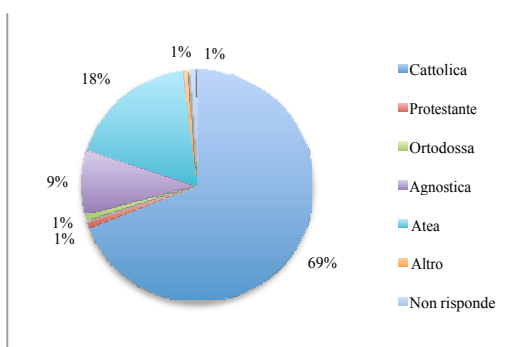
Gli altri elementi socio-demografici indagati sono l'appartenenza religiosa e il titolo di studio di scuola media superiore posseduto dagli studenti.

L'appartenenza religiosa è stata indagata proponendo la seguente domanda:

Appartenenza religiosa: Cattolica Protestante Atea Agnostica
Musulmana Buddista Ebraica Ortodossa Altro: _____

Come si evince dal grafico sotto riportato prevale la religione cattolica con il 69%, seguita da atei e agnostici che insieme formano il 27% del campione mentre le altre opinioni sono state indicate rispettivamente da un solo elemento del campione per ognuna.

Religione	
Cattolica	76
Protestante	1
Ortodossa	1
Agnostica	11
Atea	20
Altro	1
Non risponde	1
Totale	111

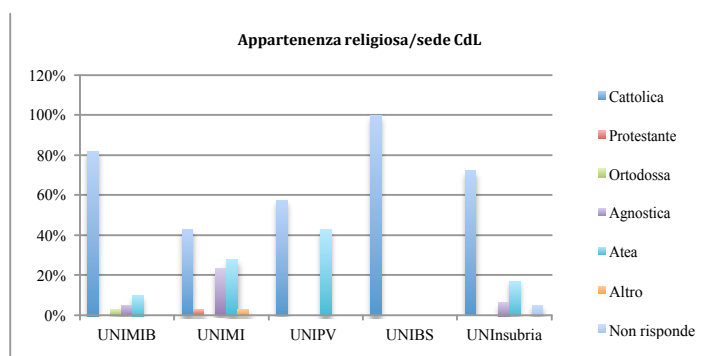


Osservando la distribuzione per CdL si possono notare differenze per sede riguardo all'appartenenza religiosa:

Nella sede di UNIBS il 100% degli studenti ha indicato la religione cattolica come appartenenza, superiore all'80% anche il dato della sede UNIMIB. Risultati simili tra loro, con una percentuale di cattolici che si avvicina all'80% sono anche i dati delle sedi di

UNInsubria, mentre nettamente più varia la rappresentanza di UNIMI, ove il numero di atei e agnostici insieme si equivale a quello dei cattolici e compaiono piccole rappresentanze di altre religioni, mentre a UNIMI il numero assoluto dei cattolici è inferiore a quello di atei e agnostici se considerati insieme, con un rapporto circa 1/1 mentre in UNIMIB è di circa 1/5

Appartenza religiosa	UNIMIB					
	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Cattolica	32	15	4	12	13	76
Protestante	0	1	0	0	0	1
Ortodossa	1	0	0	0	0	1
Agnostica	2	8	0	0	1	11
Atea	4	10	3	0	3	20
Altro	0	1	0	0	0	1
Non risponde	0	0	0	0	1	1
Totale	39	35	7	12	18	111



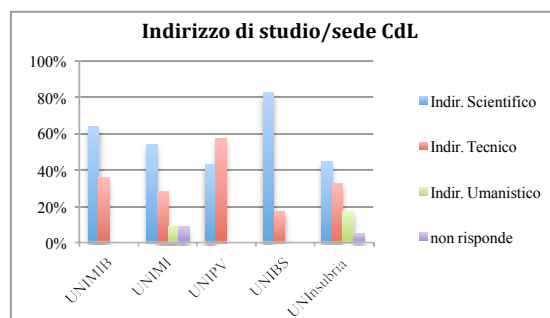
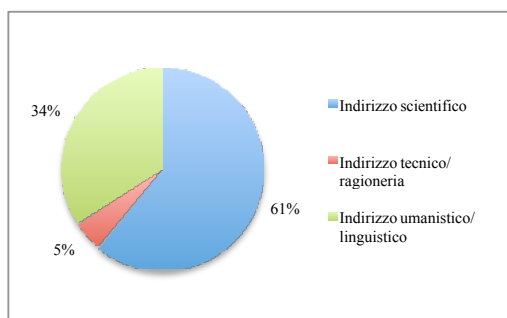
Di seguito il dettaglio per le due sedi di UNIMIB e UNIMI:

Religione	UNIMIB		UNIMI	
	Monza	Bergamo	Milano	Mantova
Cattolica	17	15	11	4
Protestante	0	0	1	0
Ortodossa	0	1	0	0
Agnostica	2	0	6	2
Atea	1	3	5	5
Altro	0	0	1	0
Non risponde	0	0	0	0
Totale	20	19	24	11

Rispetto al titolo di studio si è scelto di raggruppare i dati in 3 categorie: indirizzo scientifico, umanistico e tecnico.

È emersa la prevalenza di studenti in possesso di un titolo ad indirizzo scientifico, che rappresentano il 61% del campione. Osservando la distribuzione per CdL, solo la sede UNIPV presenta una prevalenza di studenti in possesso di diploma a indirizzo umanistico.

Solo il 5% del totale degli studenti ha indicato il possesso di un titolo ad indirizzo tecnico.



In sintesi: *il campione dello studio è composto da tutte donne tranne due soggetti uomini, all'80% tra i 21 e 23 anni, di religione cattolica o atee/agnostiche, quasi tutte in possesso di diploma di liceo, in maggior frequenza ad indirizzo scientifico.*

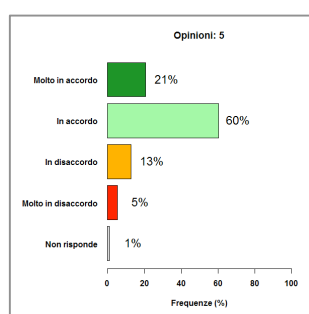
La seconda sezione del questionario, a partire dalla domanda n. 5, vaglia le attitudini e le opinioni degli studenti rispetto all'OdC attraverso la richiesta di esprimere un codificato grado di accordo o meno con affermazioni relative alle Leggi 194/78 e 40/2004.

SEZIONE ATTITUDINI

La prima affermazione sulla quale si è indagato il grado di accordo è la seguente:

‘In generale penso che la L. 194/78 sia conosciuta esclusivamente per l’autorizzazione all’interruzione volontaria della gravidanza’.

L’81% del campione si dichiara in accordo (accordo/molto d’accordo) con tale affermazione, mentre il rimanente 18% si dice in disaccordo (disaccordo/molto in disaccordo). L’1% si astiene dall’esprimere un giudizio su questa affermazione.

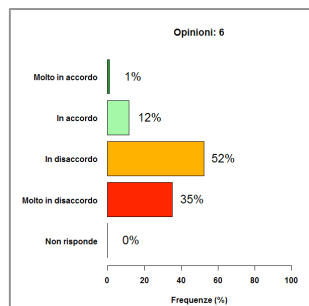


Opinioni: 5	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	4	9	4	3	3
In accordo	27	16	1	9	14	67
In disaccordo	6	6	2	0	0	14
Molto in disaccordo	2	4	0	0	0	6
Non risponde	0	0	0	0	1	1
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 6 indaga il grado di accordo con la presente affermazione:

‘In generale penso che la Legge 194/’78 sia un mezzo per il controllo delle nascite’.

Come si può osservare prevale nettamente il disaccordo con l’85% di frequenza. Tutti gli studenti hanno espresso il parere. Non si evidenziano differenze per CdL.

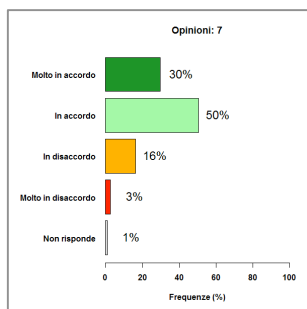


Opinioni: 6	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	1	0	0	0	0
In accordo	5	5	0	1	2	13
In disaccordo	18	17	2	8	13	58
Molto in disaccordo	15	13	5	3	3	39
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 7 indaga il grado di accordo con la seguente affermazione:

‘In generale penso che la Legge 194/’78 riconosca il valore sociale della maternità e garantisca il diritto alla procreazione cosciente e responsabile’.

L’80% del campione ritiene adeguata la Legge 40/2004 come garante della procreazione responsabile.

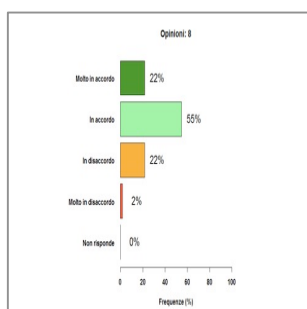


Opinioni: 7	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	14	12	3	3	1
In accordo	21	18	2	4	11	56
In disaccordo	2	5	2	3	6	18
Molto in disaccordo	1	0	0	2	0	3
Non risponde	1	0	0	0	0	1
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 8 indaga il grado di accordo con la seguente affermazione:

‘In generale penso che i consultori familiari contribuiscano a far superare le cause che potrebbero indurre la donna alla IVG’.

Il 77% del campione si dice d’accordo o molto d’accordo con quanto detto, con la seguente omogenea distribuzione:

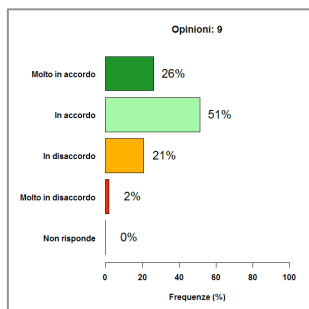


Opinioni: 8	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	7	7	0	5	5
In accordo	23	19	5	6	8	61
In disaccordo	9	8	1	1	5	24
Molto in disaccordo	0	1	1	0	0	2
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 9 indaga il grado di accordo con la seguente affermazione:

‘In generale penso che nei procedimenti abortivi sia rispettata la dignità personale della donna’.

Il 77% del campione si dice d’accordo o molto d’accordo con quanto detto.

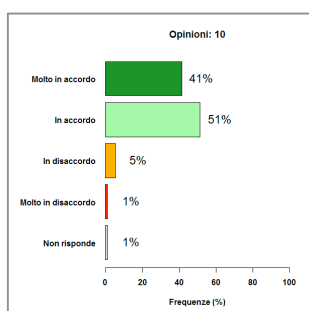


Opinioni: 9	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	9	12	3	2	3
In accordo	23	15	2	9	8	57
In disaccordo	6	7	2	1	7	23
Molto in disaccordo	1	1	0	0	0	2
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 10 indaga il grado di accordo con la seguente affermazione:

‘In generale penso che tra la manifestazione della volontà di sottoporsi ad IVG e l’intervento debba trascorrere un periodo di tempo’.

La frequenza dei soggetti che concordano raggiunge il 92%. Un unico studente di tutto il campione, nella sede UNIMI, si dichiara *Molto in disaccordo*. Uniforme è la distribuzione per CdL.

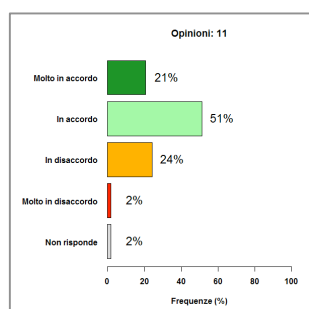


Opinioni: 10	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	22	11	2	2	9
In accordo	14	22	3	9	9	57
In disaccordo	3	0	2	1	0	6
Molto in disaccordo	0	1	0	0	0	1
Non risponde	0	1	0	0	0	1
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 11 indaga il grado di accordo con la seguente affermazione:

‘In generale penso che la Legge 194/’78 garantisca il diritto alla procreazione cosciente e responsabile’.

Il 72% del campione si dice d’accordo con l’adeguatezza della L. 194/78 nel farsi garante del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, mentre la restante quota del campione (26%) del campione non è in accordo ed il 2% non risponde.

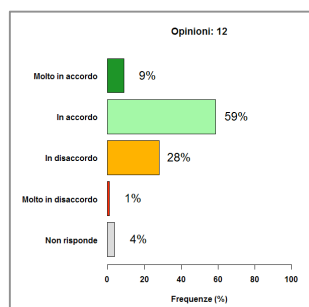


Opinioni: 11	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	7	11	2	2	1
In accordo	23	13	4	6	11	57
In disaccordo	6	10	1	4	6	27
Molto in disaccordo	1	1	0	0	0	2
Non risponde	2	0	0	0	0	2
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 12 indaga il grado di accordo con la seguente affermazione:

‘In generale penso che La legge 40/2004 e successive modifiche sia volta anche alla tutela della salute degli embrioni’.

Dall’analisi dei risultati si dichiara complessivamente in accordo il 68% del campione, con una frequenza di soggetti in disaccordo di circa il 30%. Poco rappresentati gli estremi del grado di accordo. Gli astenuti rappresentano il 4% (esito differente rispetto alle altre affermazioni).

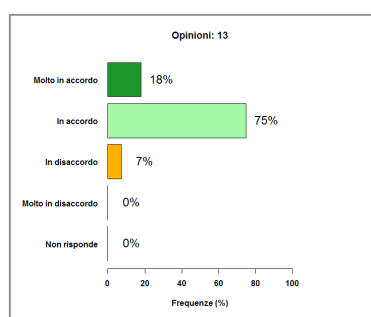


Opinioni: 12	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	5	2	2	1	0
In accordo	21	24	4	7	9	65
In disaccordo	13	7	0	3	8	31
Molto in disaccordo	0	1	0	0	0	1
Non risponde	0	1	1	1	1	4
Totale	39	35	7	12	18	111

L'ultima domanda della sezione attitudini valuta il grado di accordo con la seguente affermazione:

'In generale penso che la legge 194/'78 e 40/2004 tutelino i professionisti sanitari rispetto al diritto di obiezione di coscienza'.

Questa affermazione, di particolare interesse per i futuri professionisti, trova il 93% dei soggetti del campione d'accordo, dato che raggiunge il 100% nelle sedi UNIPV e UNIBS. Nessun soggetto si è astenuto dalla risposta. I soggetti in disaccordo sono equamente distribuiti nelle altre sedi.



Opinioni: 13	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsabria	Totale
	Molto in accordo	9	5	4	1	1
In accordo	28	26	3	11	15	83
In disaccordo	2	4	0	0	2	8
Molto in disaccordo	0	0	0	0	0	0
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Come riassuntivo si inserisce la tabella sinottica che mostra le risposte di ogni studente dalla domanda n. 5 alla domanda n. 13.

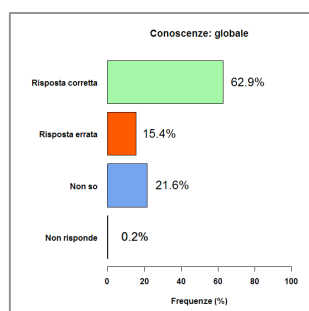
Sigla CLO	Questionario n.	Domanda n.										Accordo	Non accordo
		5	6	7	8	9	10	11	12	13			
CLO1	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	8	1	
CLO1	2	3	4	1	2	3	2	2	3	1	5	4	
CLO1	3	4	3	1	2	2	2	1	2	2	7	2	
CLO1	4	2	3	2	3	1	1	2	3	2	6	3	
CLO1	5	2	3	2	2	1	2	2	3	2	7	2	
CLO1	6	1	4	2	2	1	1	2	2	2	8	1	
CLO1	7	2	1	3	3	2	1	2	2	2	7	2	
CLO1	8	3	4	1	2	4	1	3	1	1	5	4	
CLO1	9	2	3	1	1	1	1	2	3	1	7	2	
CLO1	10	2	2	2	3	2	1	3	2	1	7	2	
CLO1	11	2	4	2	2	2	1	2	2	2	8	1	
CLO1	12	2	4	1	2	2	1	3	2	2	7	2	
CLO1	13	2	3	4	3	3	1	4	3	2	3	6	
CLO1	14	3	2	2	2	2	2	2	2	3	7	2	
CLO1	15	2	3	2	2	1	2	2	2	2	8	1	
CLO1	16	1	4	1	1	2	1	1	1	1	8	1	
CLO1	17	2	3	2	2	2	3	2	2	2	5	2	
CLO1	18	3	4	2	3	2	2	2	2	2	6	3	
CLO1	19	3	3	1	2	2	1	2	2	2	7	2	
CLO1	20	1	4	1	2	2	2	1	2	2	8	1	
CLO3	21	1	4	1	3	1	2	1	2	1	7	2	
CLO3	22	1	4	1	2	1	2	1	1	1	8	1	
CLO3	23	1	4	3	2	3	3	2	2	2	5	4	
CLO3	24	1	4	1	2	1	3	2	2	2	7	2	
CLO3	25												
CLO2	26	2	3	1	2	1	2	2		3	6	2	
CLO2	27	2	4	2	1	2	2	2	2	2	8	1	
CLO2	28	4	4	2	1	3	1	3	1	1	5	4	

CLO2	29	3	4	1	1	1	2	1	2	2	7	2
CLO2	30	2	4	1	2	1	4	1	3	2	6	3
CLO2	31	3	4	1	4	1	1	1	2	1	6	3
CLO2	32	3	3	2	2	3	2	2	2	2	6	3
CLO2	33	3	4	2	2	4	2	3	3	2	4	5
CLO2	34	2	3	2	3	2	2	3	2	2	6	3
CLO2	35	1	2	3	3	2	1	3	2	2	6	3
CLO2	36	4	2	1	2	1	2	2	2	1	8	1
CLO2	37	1	3	2	1	2		3	2	2	6	2
CLO2	38	2	4	1	1	1	2	1	2	2	8	1
CLO2	39	2	4	2	2	3	2	3	3	2	5	4
CLO2	40	2	4	3	3	2	1	3	3	2	4	5
CLO2	41	2	3	2	3	3	2	2	3	3	4	5
CLO2	42	2	3	2	2	2	2	2	2	2	8	1
CLO2	43	2	3	2	2	2	1	2	2	2	8	1
CLO2	44	1	2	2	2	1	1	1	2	2	9	0
CLO2	45	2	3	2	2	3	2	2	2	2	7	2
CLO2	46	1	3	2	3	1	2	4	3	2	5	4
CLO2	47	3	4	1	3	2	2	2	2	2	6	3
CLO2	48	1	3	1	2	3	2	2	2	2	7	2
CLO2	49	2	4	1	1	2	1	1	2	2	8	1
CLO2	50	2	2	3	2	3	2	3	2	2	6	3
CLO2	51	4	4	2	2	1	1	1	1	1	7	2
CLO2	52	4	4	1	1	1	1	1	2	2	7	2
CLO2	53	2	3	3	2	2	2	3	2	2	6	3
CLO2	54	1	3	1	2	2	2	1	2	1	8	1
CLO2	55	3	3	2	3	1	2	1	2	2	6	3
CLO2	56	1	3	2	3	2	2	2	2	2	7	2
CLO2	57	1	3	3	2	2	2	3	3	3	4	5
CLO2	58	1	2	1	2	1	2	1	2	2	9	0
CLO2	59	2	3	2	2	2	1	2	4	3	6	3
CLO2	60	2	3	2	2	2	1	2	2	2	8	1
CLO1	61	2	2	1	2	3	3	3	2	1	6	3
CLO1	62	2	3	1	3	2	3	1	2	2	6	3
CLO1	63	2	3	2	2	1	2	2	3	3	6	3
CLO1	64	4	2	1	1	1	1	1	1	1	8	1
CLO1	65	2	4	2	3	3	2	2	3	2	5	4
CLO1	66	2	3	2	1	2	2	3	3	2	6	3
CLO1	67	2	4	2	2	2	1	2	3	2	7	2
CLO1	68	2	3	2	3	1	1	2	3	2	6	3
CLO1	69	2	2	3	2	2	1	3	3	2	6	3
CLO1	70	2	4	2	2	2	1	2	1	2	8	1
CLO1	71	2	3	2	2	2	1	2	3	2	7	2
CLO1	72	2	4	2	2	1	1	2	2	2	8	1
CLO1	73	2	3	2	2	2	1	1	2	2	8	1
CLO1	74	2	4	2	3	2	1	2	2	2	7	2
CLO1	75	2	3	2	2	3	1		1	1	6	2
CLO1	76	2	3	1	2	2	2	2	3	2	7	2
CLO1	77	1	4	1	1	2	2	2	1	2	8	1
CLO1	78	2	4	2	1	2	1	2	2	2	8	1
CLO1	79	3	3	2	2	3	2	2	2	2	6	3
CLO3	80	2	3	2	2	2	1	2	2	1	8	1
CLO3	81	3	3	2	2	2	2	2	1	1	7	2
CLO3	82	3	4	3	4	3	1	3		2	2	6
CLO5	83	2	2	3	2	3	1	3	3	2	5	4
CLO5	84	2	3	2	3	3	2	2	3	2	5	4
CLO5	85	2	3	2	2	3	2	3	2	2	6	3
CLO5	86	2	4	3	3	3	1	3	2	1	4	5
CLO5	87	2	3	3	2	2	2	3	2	2	6	3
CLO5	88	2	3	2	1	2	2	2	2	2	8	1
CLO5	89	2	3	2	1	2	1	2	2	2	8	1
CLO5	90	2	3	1	1	1	1	3	2	2	7	2
CLO5	91	2	4	2	2	3	1	1		2	6	2
CLO5	92		3	3	2	2	1	2	3	2	5	3
CLO5	93	2	3	2	2	2	2	2	2	2	8	1
CLO5	94	2	4	3	1	1	1	2	2	2	7	2
CLO5	95	2	2	2	2	2	1	2	2	2	9	0
CLO5	96	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3	6
CLO5	97	1	3	2	3	3	2	2	3	3	4	5
CLO5	98	1	3	2	1	1	1	2	3	2	7	2
CLO5	99	2	3	2	3	3	2	2	3	2	5	4
CLO5	100	2	3	2	2	2	2	2	3	2	7	2
CLO4	101	2	4	4	3	2	2	3		2	4	4
CLO4	102	1	3	2	2	2	1	2	3	1	7	2
CLO4	103	1	2	4	1	2	2	2	1	2	8	1
CLO4	104	2	3	1	2	2	2	2	2	2	8	1
CLO4	105	2	4	3	2	3	2	3	2	2	5	4
CLO4	106	1	3	2	2	2	3	2	2	2	7	2
CLO4	107	2	4	1	1	1	1	1	2	2	8	1
CLO4	108	2	3	1	1	1	2	1	2	2	8	1
CLO4	109	2	3	2	1	2	2	2	2	2	8	1
CLO4	110	2	3	2	1	2	2	2	2	2	8	1
CLO4	111	2	3	3	2	2	2	3	3	2	5	4
CLO4	112	2	3	3	2	2	2	3	3	2	5	4
Accordo	90	14	89	85	86	103	80	75	103	725		
Non accordo	20	97	21	26	25	7	29	32	8			265
Non risponde	1	0	1	0	0	1	2	4	0	9		

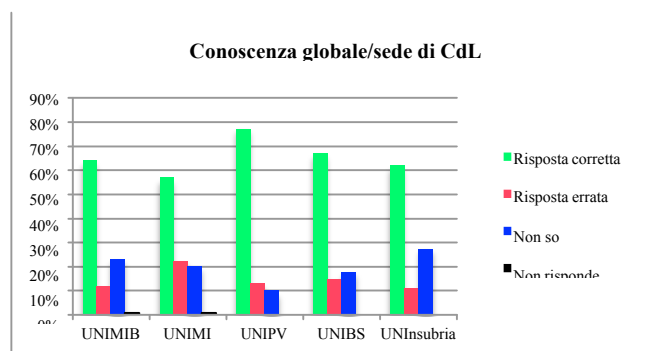
SEZIONE CONOSCENZE

La presente sezione, denominata conoscenze, indaga la conoscenza della normativa in analisi con 23 domande chiuse cui si è chiesto di rispondere esprimendo la veridicità o meno delle affermazioni, comprendendo anche l'opzione 'non so'.

Globalmente si è osservata una conoscenza della materia di circa il 63%, con una frequenza del 62,9% di risposte esatte, 15,4% di risposte errate e 21,6% di risposte 'non so'. Nonostante l'opzione 'non so' presente, lo 0,2% delle domande non ha ricevuto una risposta. La sede che rileva maggior percentuale di risposte esatte è UNIPV che ha il minor numero di rappresentanti nel campione. Il maggior numero di risposte errate, sia in percentuale che in assoluto, appartiene a UNIMI.



	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	425	342	93	137	189	1186
Risposta errata	77	131	16	31	35	290
Non so	159	120	10	36	82	407
Non risponde	2	2	0	0	0	4
Totale	663	595	119	204	306	1887

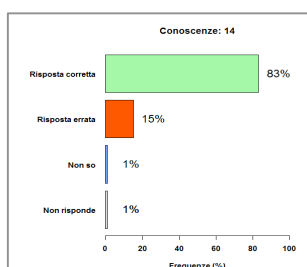


Si riportano ora, domanda per domanda, le frequenze delle risposte esatte, errate o non conosciute (Sezione 3 del questionario: dalla domanda n. 14 alla n. 30).

Il primo quesito di conoscenza riguarda la L. 194/78. L'affermazione è tratta dall'art. 9 della norma.

'Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure ed agli interventi relativi alla IVG quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione'. [VERO]

L'83% risponde correttamente, solo un soggetto UNIMI afferma di non conoscere la risposta e il 15% (17 persone, di cui 6 UNIMI) fornisce risposta errata. UNIPV fornisce il 100% di risposte esatte.

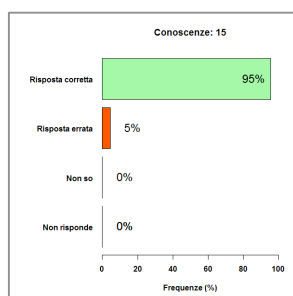


Conoscenze: 14	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	34	28	7	8	15
Risposta errata	4	6	0	4	3	17
Non so	0	1	0	0	0	1
Non risponde	1	0	0	0	0	1
Totale	39	35	7	12	18	111

La seconda domanda di conoscenza riguarda sempre la L. 194/78, l'affermazione è stata tratta dall'art. 6 della norma.

'L'IVG, dopo i primi 90 giorni, può essere praticata quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna' [VERO]

Questo aspetto è tra i maggiormente conosciuti con una percentuale di risposte esatte del 95%.

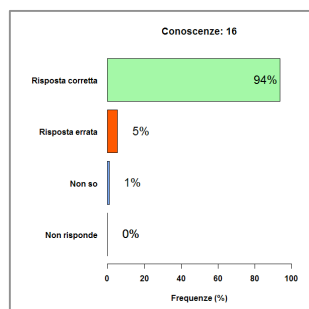


Conoscenze: 15	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	38	32	7	12	17
Risposta errata	1	3	0	0	1	5
Non so	0	0	0	0	0	0
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	25	7	12	18	111

All'affermazione successiva (domanda n. 16)

'L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie anche dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento'. [FALSO]

risulta essere falsa ed il campione risponde come segue:



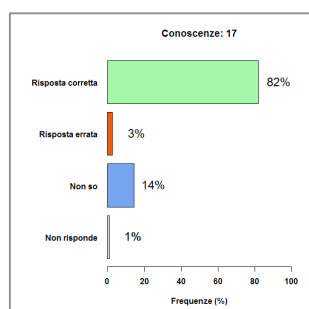
Conoscenze: 16	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	38	32	5	11	18	104
Risposta errata	0	3	2	1	0	6
Non so	1	0	0	0	0	1
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Il 94% degli studenti ha riconosciuto la non veridicità dell'affermazione, e quindi è a conoscenza dell'obbligo di assistenza antecedente e conseguente l'intervento specificatamente diretto all'IVG anche se esonerati dal prendere direttamente parte ad esso previa comunicazione dell'obiezione di coscienza (Art. 9 L. 194/78)

La domanda n. 17 riguarda l'obbligo di dichiarare la propria obiezione al Direttore Sanitario, come indicato nell'art. 9 L. 194/78.

'La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata nel caso di personale dipendente dell'ospedale o della casa di cura, per iscritto al direttore sanitario'. [VERO]

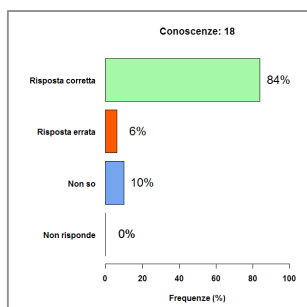
In questo caso la frequenza delle risposte esatte risulta essere superiore all'80% con ridotta frequenza di risposte errate (3%). Presente un 14% di 'non so', in particolare nella sede UNIMIB (8 soggetti del campione scelgono questa opzione).



Conoscenze: 17	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	31	28	6	11	15	91
Risposta errata	0	1	0	1	1	3
Non so	8	5	1	0	2	16
Non risponde	0	0	0	0	0	1
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 18 chiede di riconoscere un importante dettaglio dell'art. 9 L. 194/78:

“L’obiezione può essere sempre revocata”. [VERO]



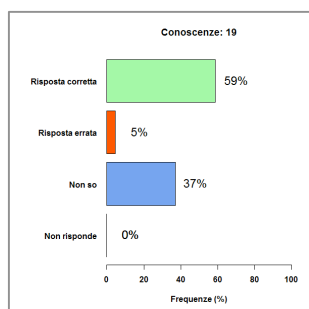
Conoscenze: 18	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	28	33	4	11	17	93
Risposta errata	4	1	2	0	0	7
Non so	7	1	1	1	1	11
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Come i dati mostrano, le risposte corrette superano nuovamente l'80%. Ne sono maggiormente consapevoli UNIMI e UNInsubria, i maggiori dubbi ed errori sono invece riferibili alla sede UNIMIB.

La prossima affermazione (domanda n. 19), indaga la conoscenza dei tempi previsti per la dichiarazione di OdC dopo l'assunzione presso l'ente lavorativo:

‘La dichiarazione dell’obiettore deve essere comunicata entro un mese dal conseguimento dell’abilitazione o dall’assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla IVG’ [VERO]

La conoscenza di questo particolare è nettamente meno diffusa, con una frequenza di risposte corrette che non raggiunge il 60% e una frequenza di ‘non so’ appena sotto il 40%. La sede UNIBS fa eccezione con 11 risposte esatte su 12 studenti. A UNInsubria il peggior risultato con 4 risposte corrette su 18 domande.

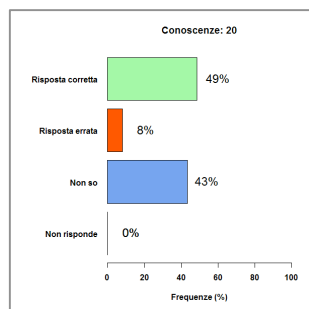


Conoscenze: 19	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	20	24	6	11	4	65
Risposta errata	1	2	1	0	1	5
Non so	18	9	0	1	13	41
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 20, riferita ancora all'art. 9 L. 194/78, propone una soluzione, seppur poco applicata, ad un eventuale necessità:

'La Regione controlla e garantisce l'attuazione della procedura della IVG anche attraverso la mobilità del personale' [VERO]

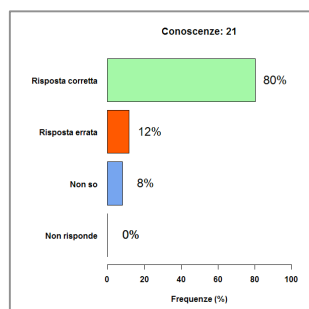
Meno del 50% degli studenti ne è a conoscenza. Il 43% risponde 'non so'.



Conoscenze: 20	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	17	16	5	8	8
Risposta errata	3	5	0	1	0	9
Non so	19	14	2	3	10	48
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 21 indaga la conoscenza del comportamento da tenere in caso di emergenza anche se si è dichiarata OdC. L'affermazione, in quanto falsa è stata riconosciuta dall'80% del campione. Le risposte errate sono uniformemente distribuite tra le sedi.

'L'obiezione di coscienza può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività sanitarie ausiliarie anche quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervenuto è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo'. [FALSO]

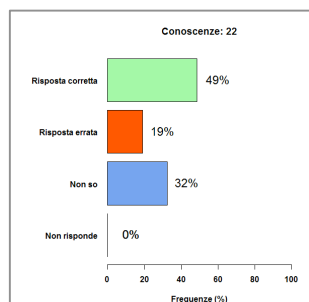


Conoscenze: 21	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	30	29	6	8	16
Risposta errata	5	4	1	1	2	13
Non so	4	2	0	3	0	9
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Altro elemento apparentemente meno conosciuto dai futuri professionisti riguarda la possibilità di revoca dell'OdC, ed è stato chiesto con la domanda n. 22:

'L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'IVG' [VERO]

Il 49% degli studenti risponde in maniera corretta, il 19% risponde erroneamente, mentre il 32% rispondere di non conoscere questo aspetto.

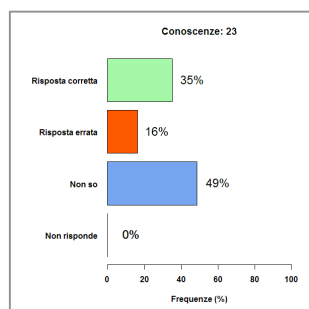


Conoscenze: 22	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	19	9	7	5	14
Risposta errata	3	13	0	3	2	21
Non so	17	13	0	4	2	36
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 23 rileva la conoscenza di una nozione in merito alle conseguenze previste per legge per chi cagiona IVG senza rispetto della modalità prevista dalla norma. L'affermazione in esame è la seguente:

'Chiunque cagioni l'IVG senza l'osservanza delle modalità descritte dalla Legge 194/78 è punito con la radiazione dall'albo ma non è prevista reclusione'. [FALSO]

La legge prevede la reclusione ma il maggior numero di risposte è 'non so' con un 35% di risposte corrette.



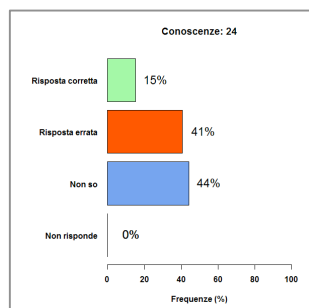
Conoscenze: 23	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	12	13	6	4	4
Risposta errata	6	4	1	3	4	18
Non so	21	18	0	5	10	54
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Alla domanda n. 24 si indaga nuovamente la conoscenza delle conseguenze per chi non si attiene alla legge e la relazione con lo stato di obiettore:

'Per chi procura l'IVG le pene previste sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza' [VERO]

In questo caso l'affermazione è vera, in quanto la L.194/78 prevede maggiori pene se l'autore del reato si è precedentemente dichiarato obiettore. Questa domanda presenta il

minor numero di risposte corrette di tutto il questionario (15%). Il rimanente 85% delle risposte si divide equamente tra errate e ‘non so’. I migliori risultati sono riferiti alla sede UNIPV che non raggiunge comunque il 50% delle risposte corrette.

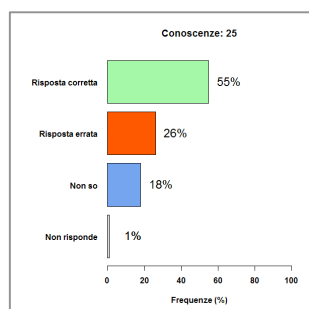


Conoscenze: 24	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	4	3	3	3	4
Risposta errata	13	19	2	7	4	45
Non so	22	13	2	2	10	49
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 25 riguarda la Legge 40/2004. In particolare chiede di verificare o smentire che:

‘L’obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento di procedure e attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l’intervento di PMA e non dall’assistenza antecedente e conseguente l’intervento’ [VERO]

In merito all’esonero del personale sanitario descritto nella L.40/2004 la frequenza di risposte esatte è del 55%.

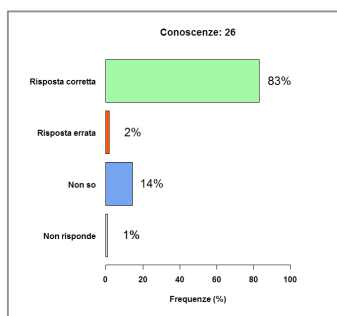


Conoscenze: 25	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	33	10	4	6	8
Risposta errata	5	15	3	1	5	29
Non so	1	9	0	5	5	20
Non risponde	0	1	0	0	0	1
Totale	39	35	7	12	18	111

La domanda n. 26 è riferita ad un altro aspetto etico dell’applicazione della PMA (L. 40/2004):

‘La PMA nella sua applicazione pratica si attua con la gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari (ispirandosi al principio della minore invasività)’. [VERO]

L'83% del campione risponde correttamente, il resto afferma di non sapere.

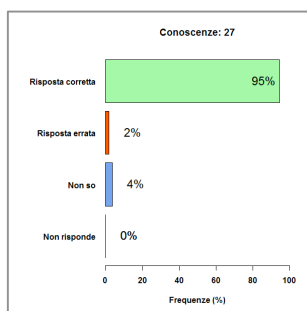


Conoscenze: 26	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	36	25	6	11	14	92
Risposta errata	1	0	1	0	0	2
Non so	1	10	0	1	4	16
Non risponde	1	0	0	0	0	1
Totale	39	35	7	12	18	111

Di nuovo riguardante la Legge 40/2004 l'affermazione alla domanda n. 27:

'Prima del ricorso alla PMA la coppia deve essere informata in maniera dettagliata sui metodi utilizzati, sulle probabilità di successo e sui rischi delle stesse derivanti, circa i problemi etici e possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro'. [VERO]

Questo aspetto è conosciuto dal 95% del campione con risultati simili per tutte le sedi.

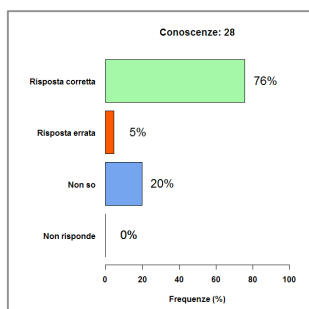


Conoscenze: 27	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	38	31	7	12	17	105
Risposta errata	0	1	0	0	1	2
Non so	1	3	0	0	0	4
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Alla domanda n. 28 si chiede di verificare la seguente affermazione sempre inerente la PMA:

'Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento come alternativa alla PMA' [VERO]

L'informazione è nota con una percentuale di risposte corrette del 76%. Nel caso della sede UNIBS le risposte corrette sono nel 100% dei casi.

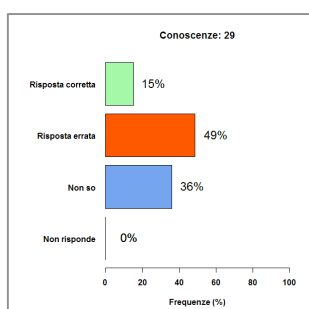


Conoscenze: 28	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	30	23	5	12	14	84
Risposta errata	0	5	0	0	0	5
Non so	9	7	2	0	4	22
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

La penultima domanda della sezione riguarda il diritto a non essere nominata delle madri in relazione alla PMA.

‘La madre del nato a seguito dell’applicazione di tecniche di PMA può dichiarare la volontà di non essere nominata’. [FALSO]

I risultati analizzati presentano il 15% di risposte corrette. Questo aspetto della norma non risulta noto a nessuno studente della sede UNIBS. Si hanno le maggiori risposte corrette, in assoluto oltre che in percentuale, nella sede UNIPV.



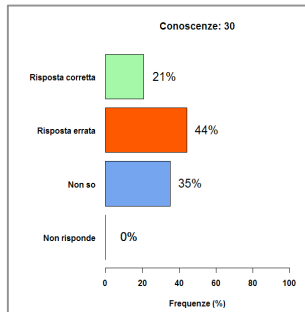
Conoscenze: 29	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta corretta	7	2	5	0	3	17
Risposta errata	13	28	1	8	4	54
Non so	19	5	1	4	11	40
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

L’ultima domanda della sezione riguarda proprio gli studenti, si chiede loro di riconoscere come non presente, nelle due norme prese in esame, la seguente affermazione:

‘La legge 194/’78 e 40/2004 cita tra i soggetti aventi diritto alla dichiarazione di obiezione di coscienza anche gli studenti dei CdL nelle professioni sanitarie delle Università nazionali’. [FALSO]

Le norme in studio non citano mai la possibilità di OdC riservata agli studenti nel percorso formativo. Tale elemento può generare dubbi in merito al diritto dello studente di OdC e apre il dibattito rispetto alla prevalenza di esso o del bisogno formativo, elemento discusso anche in letteratura e affrontato nella prossima sezione del questionario.

Nonostante riguardi gli studenti, il 21% di essi risponde correttamente, con il 44% del campione che pensa che l'affermazione sia vera quindi di risposte errate. Il 35% afferma di non sapere rispetto all'argomento.



Conoscenze: 30	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta corretta	10	4	4	4	1
Risposta errata	18	21	2	1	7	49
Non so	11	10	1	7	10	39
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

CLO5	87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	1	1	0	0	12	3	2	0
CLO5	88	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	2	2	1	1	1	2	2	10	1	6	0
CLO5	89	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	2	2	2	1	1	2	2	9	1	7	0
CLO5	90	1	1	1	1	1	2	1	0	1	2	2	2	1	1	1	2	0	10	2	5	0
CLO5	91	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	0	1	1	1	2	2	10	1	6	0
CLO5	92	0	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	8	1	8	0
CLO5	93	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	14	1	2	0	
CLO5	94	0	1	1	1	1	2	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	2	11	3	3	0
CLO5	95	0	1	1	1	1	2	2	1	1	1	0	1	2	1	2	2	2	9	2	6	0
CLO5	96	1	0	1	0	1	0	1	1	0	2	0	1	1	1	1	0	2	9	6	2	0
CLO5	97	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	0	1	1	1	2	0	9	2	6	0
CLO5	98	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	0	1	2	2	9	1	7	0
CLO5	99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	2	14	1	2	0
CLO5	100	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	11	0	6	0
CLO4	101	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	0	10	1	6	0
CLO4	102	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	12	5	0	0
CLO4	103	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	1	10	6	1	0
CLO4	104	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	2	12	3	2	0
CLO4	105	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	2	1	1	1	0	2	9	4	4	0
CLO4	106	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	0	2	2	1	1	0	2	7	2	8	0
CLO4	107	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1	0	2	12	3	2	0
CLO4	108	0	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	10	1	6	0
CLO4	109	0	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	0	2	12	2	3	0
CLO4	110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	15	1	1	0
CLO4	111	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	2	2	13	1	3	0
CLO4	112	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	15	2	0	0
		92	106	104	91	93	65	54	89	54	39	17	61	92	105	84	17	23	1186	290	407	4

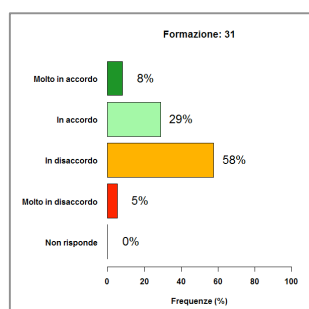
SEZIONE FORMAZIONE

La sezione delle conoscenze è conclusa ed è seguita da un'ultima sezione di domande chiuse relative alla formazione. Come per la prima sezione sulle opinioni, nella quarta si propongono affermazioni verso le quali si chiede di esprimere un grado di accordo codificato in quattro possibili risposte: da 'Molto in accordo' a 'Molto in disaccordo'. Questa sezione, fondamentale per l'obiettivo dello studio, indaga la percezione degli studenti in merito all'esaustività della formazione ricevuta per l'applicazione della norma e la capacità di erogare 'la miglior assistenza possibile' anche ove possano presentarsi problemi etici.

Si è scelto di analizzare anche le risposte in relazione all'appartenenza religiosa, ipotizzando differenze in particolare nel grado di accordo con le affermazioni n. 32 e 33.

La prima affermazione è la seguente:

'Il tempo dedicato all'insegnamento della tutela della maternità e dell'obiezione di coscienza all'interno del percorso curriculare sia sufficiente'.



Formazione: 31	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	3	5	1	0	0
In accordo	8	11	3	2	8	32
In disaccordo	26	17	3	9	9	64
Molto in disaccordo	2	2	0	1	1	6
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Si aggiunge la lettura del dato in riferimento alle due componenti: Religione atea o agnostica/cristiana.

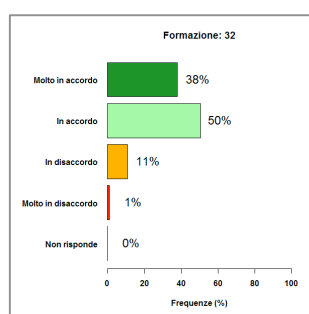
Formazione: 31	Religione			
	Atea o Agnostica	Cristiana	Non risponde	Totale
Molto in accordo	4	5	0	9
In accordo	12	20	0	32
In disaccordo	13	50	1	64
Molto in disaccordo	2	4	0	6
Non risponde	0	0	0	0
Totale	31	79	1	111

Come si evince dai dati raccolti, la maggioranza in tutte le sedi esclusa UNIPV, reputa insufficiente il tempo formativo dedicato alla tutela della maternità e all'OdC. Il 63% degli studenti si dice pertanto in disaccordo con l'affermazione proposta (58% in disaccordo e 5% molto in disaccordo). Anche utilizzando come base di lettura del fenomeno l'appartenenza religiosa si nota che non risulta differenza nel grado di accordo per appartenenza religiosa dichiarata.

La seconda affermazione (n. 32) è la seguente:

Rispetto alla mia formazione penso che:

'Gli studenti abbiano il diritto di agire in accordo con la loro coscienza mentre stanno svolgendo il programma di studio, facendo emergere la loro 'obiezione di coscienza' e le convinzioni personali'.



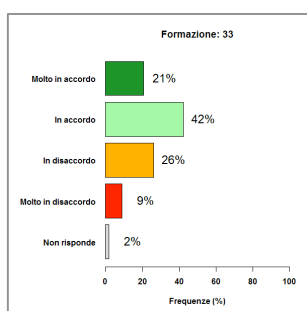
Formazione: 32	Religione					
	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Molto in accordo	20	15	1	1	5	42
In accordo	18	15	4	10	9	56
In disaccordo	1	4	2	1	4	12
Molto in disaccordo	0	1	0	0	0	1
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Formazione: 32	Religione			
	Atea o Agnostica	Cristiana	Non risponde	Totale
Molto in accordo	12	30	0	42
In accordo	14	41	1	56
In disaccordo	4	8	0	12
Molto in disaccordo	1	0	0	1
Non risponde	0	0	0	0
Totale	31	79	1	111

L'88% degli studenti concorda. Non si osserva differenze nelle risposte anche se analizzate per appartenenza religiosa. Si dichiarano in disaccordo 5 dei 31 studenti non religiosi e 8 dei 79 studenti cristiani.

La successiva affermazione analizzata è la seguente:

'In generale penso che l'obiettivo formativo debba prevalere sui valori etici e morali dello studente che deve apprendere comunque le procedure direttamente atte all'interruzione volontaria di gravidanza e alla procreazione medicalmente assistita perché la sua formazione sia completa'.



Formazione: 33	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	8	11	2	0	2
In accordo	16	12	1	10	8	47
In disaccordo	10	8	2	1	8	29
Molto in disaccordo	5	3	1	1	0	10
Non risponde	0	1	1	0	0	2
Totale	39	35	7	12	18	111

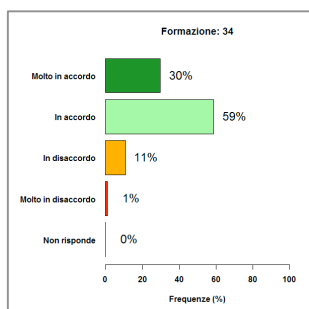
Formazione: 33	Religione			Totale
	Atea o Agnostica	Cristiana	Non risponde	
Molto in accordo	8	15	0	23
In accordo	12	35	0	47
In disaccordo	7	21	1	29
Molto in disaccordo	3	7	0	10
Non risponde	1	1	0	2
Totale	31	79	1	111

	Cristiani	Atei/agnostici	Totale
Accordo	50 (50.56) [0.01]	20 (19.44) [0.02]	70
Non accordo	28 (27.44) [0.01]	10 (10.56) [0.03]	38
Totale	78	30	108

Applicando ai dati il test del chi quadrato, il risultato è 0.0625. Il p-value è 0.802643. Il risultato non è significativo con $p < .05$.

Alla domanda n. 34 si indaga il grado di accordo con l'affermazione che segue:

'In generale penso che lo studente riceva nel percorso formativo strumenti, modelli o linee guida adeguati per l'analisi etica e la presa di decisioni per risolvere conflitti etici'.

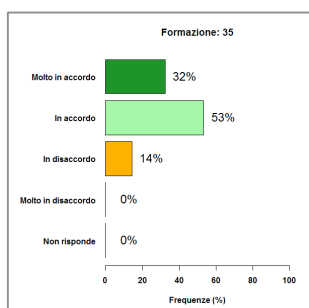


Formazione: 34	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Molto in accordo	14	10	5	2	2	33
In accordo	17	24	2	9	13	65
In disaccordo	8	0	0	1	3	12
Molto in disaccordo	0	1	0	0	0	1
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

Se il tempo formativo dedicato alla tutela della maternità e all'OdC è stato giudicato insufficiente, la maggioranza degli studenti, 89% formato da 'molto in accordo' e 'in accordo', reputa di aver però ricevuto adeguati strumenti e modelli per far fronte ai dilemmi etici. Nonostante ciò, diverse sono le risposte sul medesimo argomento che emergono dalle domande semi-aperte, analizzate a termine di questo capitolo.

La domanda n. 35 indaga il grado di accordo con il seguente pensiero.

'Lo studente sia a conoscenza delle norme che tutelano il personale sanitario in merito all'obiezione di coscienza'.

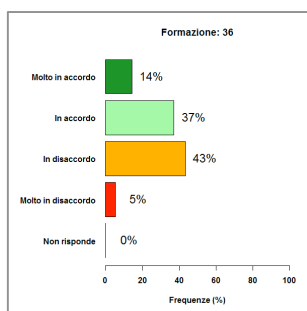


Formazione: 35	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Molto in accordo	12	12	4	3	5	36
In accordo	20	21	3	7	8	59
In disaccordo	7	2	0	2	5	16
Molto in disaccordo	0	0	0	0	0	0
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

L'85% degli studenti reputa di essere a conoscenza della normativa, nessuno è 'molto in disaccordo' con l'affermazione, 16 studenti (14%) su 111 sono 'in disaccordo'.

Alla domanda successiva, e ultima della sezione formazione, si indaga il grado di accordo con l'affermazione che segue:

'In generale penso che lo studente disponga di informazioni sufficienti circa le procedure che riguardano l'obiezione di coscienza'.



Formazione: 36	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Molto in accordo	2	6	4	1	3
In accordo	14	14	2	6	5	41
In disaccordo	22	13	1	4	8	48
Molto in disaccordo	1	2	0	1	2	6
Non risponde	0	0	0	0	0	0
Totale	39	35	7	12	18	111

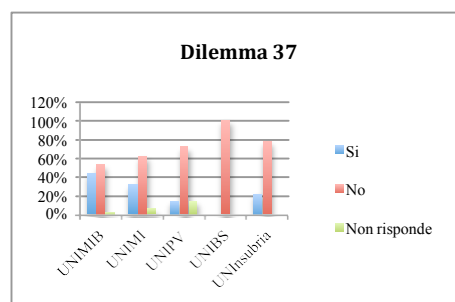
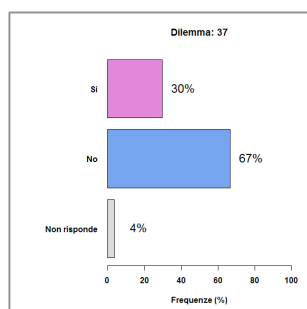
Formazione: 36	Religione			Totale
	Atea o Agnostica	Cristiana	Non risponde	
Molto in accordo	4	12	0	16
In accordo	13	28	0	41
In disaccordo	12	35	1	48
Molto in disaccordo	2	4	0	6
Non risponde	0	0	0	0
Totale	31	79	1	111

Qui l'opinione degli studenti si divide quasi equamente tra accordo e disaccordo: le persone 'in accordo' e 'molto in accordo' sommate rappresentano il 51% del totale, contro i disaccordi a più gradi che rappresentano sommati circa il 48%.

L'ultima domanda di tipo dicotomico, a se stante rispetto alle sezioni precedenti, indaga l'esperienza degli studenti rispetto ai dilemmi etici e apre lo spazio alle ultime 3 domande aperte.

La domanda n. 37 chiede pertanto:

'Ti è mai capitato, durante il percorso di formazione, di affrontare un dilemma etico?'



Il 30% degli studenti dichiara di essersi trovato nella situazione di affronto di dilemma etico, il 67% non dichiara esperienza e il 4% si astiene dal rispondere. Come è possibile osservare, questa volta la distribuzione non è uniforme tra le sedi. In sede UNIBS tutti gli studenti dichiarano di non aver vissuto un'esperienza di dilemma etico.

Di seguito la tabella sinottica che illustra i risultati per ogni studente:

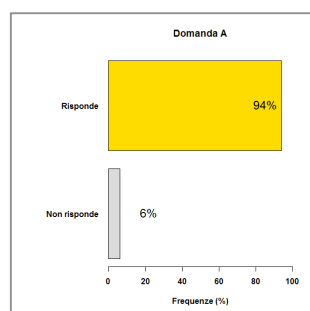
Sigla CLO	Questionario n.	Domanda n.						Accordo	Disaccordo	Non risponde	Religione
		31	32	33	34	35	36				
CLO1	1	2	2	2	1	2	2	6	0	0	1
CLO1	2	1	1	3	1	2	2	5	1	0	4
CLO1	3	3	1	2	2	2	3	4	2	0	1
CLO1	4	3	2	3	1	1	3	3	3	0	1
CLO1	5	3	2	4	1	1	3	3	3	0	1
CLO1	6	3	1	3	2	1	3	3	3	0	1
CLO1	7	3	1	4	2	3	3	2	4	0	1
CLO1	8	3	1	4	2	2	3	3	3	0	1
CLO1	9	3	1	1	3	2	2	4	2	0	1
CLO1	10	3	1	1	1	2	2	5	1	0	1
CLO1	11	2	2	2	3	2	3	4	2	0	1
CLO1	12	2	2	2	3	2	3	4	2	0	4
CLO1	13	4	1	2	2	3	3	3	3	0	1
CLO1	14	3	2	2	2	2	2	5	1	0	1
CLO1	15	3	2	1	2	3	3	3	3	0	1
CLO1	16	1	1	1	1	1	2	6	0	0	1
CLO1	17	3	2	2	2	2	3	4	2	0	1
CLO1	18	3	1	4	2	2	2	4	2	0	1
CLO1	19	2	1	3	2	2	3	4	2	0	1
CLO1	20	3	1	2	2	1	3	4	2	0	3
CLO3	21	2	2	3	2	2	2	5	1	0	3
CLO3	22	2	3	1	2	1	1	5	1	0	3
CLO3	23	1	3	1	1	1	1	5	1	0	1
CLO3	24	3	2	2	1	2	3	4	2	0	1
CLO3	25										
CLO2	26	1	1	1	1	1	1	6	0	0	9
CLO2	27	2	2	1	2	2	2	6	0	0	3
CLO2	28	3	1	4	1	1	3	3	3	0	4
CLO2	29	2	2	4	4	2	3	3	3	0	4
CLO2	30	3	3	2	1	1	3	3	3	0	4
CLO2	31	4	1	1	2	3	4	3	3	0	3
CLO2	32	1	1	2	2	2	2	6	0	0	1
CLO2	33	1	1	4	1	1	1	5	1	0	4
CLO2	34	3	3	2	2	3	3	4	2	0	1
CLO2	35	3	2	2	2	1	1	5	1	0	1
CLO2	36	1	1	2	2	2	2	6	0	0	2
CLO2	37	3	1	3	2	2	3	3	3	0	1
CLO2	38	2	1	1	2	2	2	6	0	0	1
CLO2	39	2	1	3	2	2	2	5	1	0	3
CLO2	40	2	1	3	2	2	2	5	1	0	1
CLO2	41	3	2	2	2	2	3	4	2	0	4
CLO2	42	3	2	2	2	2	3	5	1	0	1
CLO2	43	2	2	3	2	2	2	5	1	0	1
CLO2	44	3	2		2	2	3	3	2	1	1
CLO2	45	3	2	1	2	2	3	4	2	0	1
CLO2	46	3	3	2	1	1	1	4	2	0	3
CLO2	47	2	2	3	2	2	2	5	1	0	4
CLO2	48	2	1	1	2	2	2	6	0	0	1
CLO2	49	2	4	1	2	2	2	5	1	0	3
CLO2	50	2	2	2	1	1	1	6	0	0	1
CLO2	51	3	1	1	1	1	2	5	1	0	3
CLO2	52	3	2	2	2	1	3	4	2	0	3
CLO2	53	3	2	3	2	2	3	3	3	0	1
CLO2	54	3	2	3	1	1	3	3	3	0	1
CLO2	55	2	2	2	2	2	2	6	0	0	1
CLO2	56	4	3	1	1	1	4	3	3	0	3
CLO2	57	3	1	1	2	2	3	4	2	0	4
CLO2	58	1	1	3	1	1	1	5	1	0	4
CLO2	59	3	2	2	2	2	2	5	1	0	3
CLO2	60	3	1	1	2	2	2	5	1	0	3
CLO1	61	1	2	2	1	1	2	6	0	0	3
CLO1	62	3	1	2	1	2	3	4	2	0	3
CLO1	63	3	2	2	2	2	2	5	1	0	1
CLO1	64	3	3	1	1	1	1	4	2	0	1
CLO1	65	4	1	4	1	1	4	3	3	0	1
CLO1	66	2	2	3	3	2	2	4	2	0	1
CLO1	67	3	1	2	1	3	3	3	3	0	1
CLO1	68	3	2	2	3	3	3	2	4	0	1
CLO1	69	3	1	3	3	3	3	1	3	0	1
CLO1	70	2	1	3	3	1	2	4	2	0	1
CLO1	71	3	2	2	2	2	1	5	1	0	1
CLO1	72	3	2	2	2	2	3	4	2	0	3
CLO1	73	3	2	3	1	1	3	3	3	0	1
CLO1	74	2	1	1	2	2	2	6	0	0	1
CLO1	75	2	2	1	3	2	3	4	2	0	1
CLO1	76	3	2	3	2	2	3	3	3	0	1
CLO1	77	3	1	2	1	1	2	5	1	0	1
CLO1	78	3	2	3	2	3	2	3	3	0	1
CLO1	79	3	1	1	1	1	3	4	2	0	8
CLO3	80	3	2		1	2	2	4	1	1	3
CLO3	81	2	2	3	1	1	1	5	1	0	1

CLO3	82	3	1	4	1	1	1	5	1	0	1
CLO5	83	3	3	2	2	3	3	2	4	0	1
CLO5	84	3	1	3	3	1	3	2	4	0	1
CLO5	85	2	1	2	2	2	3	5	1	0	3
CLO5	86	2	1	3	2	1	1	5	1	0	1
CLO5	87	2	3	2	2	3	3	3	3	0	1
CLO5	88	3	2	2	2	1	3	4	2	0	1
CLO5	89	2	2	2	2	2	2	6	0	0	1
CLO5	90	3	3	1	1	1	1	4	2	0	1
CLO5	91	2	2	2	2	3	3	4	2	0	3
CLO5	92	3	2	2	2	2	4	4	2	0	1
CLO5	93	2	2	2	2	2	2	6	0	0	1
CLO5	94	2	2	3	2	2	2	5	1	0	3
CLO5	95	3	1	3	2	2	3	3	3	0	1
CLO5	96	3	2	3	2	2	3	3	3	0	
CLO5	97	3	2	3	3	3	2	2	4	0	1
CLO5	98	3	3	1	1	1	1	4	2	0	1
CLO5	99	2	2	3	2	2	2	5	1	0	4
CLO5	100	4	1	3	3	3	4	1	5	0	1
CLO4	101	4	2	4	3	3	3	1	5	0	1
CLO4	102	3	2	2	2	2	4	4	2	0	1
CLO4	103	3	2	2	2	2	2	5	1	0	1
CLO4	104	2	2	2	2	2	2	6	0	0	1
CLO4	105	3	2	2	2	2	2	5	1	0	1
CLO4	106	3	1	2	2	3	2	4	2	0	1
CLO4	107	2	2	2	1	1	1	6	0	0	1
CLO4	108	3	2	3	1	1	2	4	2	0	1
CLO4	109	3	3	2	2	2	3	3	3	0	1
CLO4	110	3	2	2	2	1	3	4	2	0	1
CLO4	111	3	2	2	2	2	2	5	1	0	1
CLO4	112	3	2	2	2	2	3	4	2	0	1

Infine, in chiusura del questionario si è domandato ai 33 studenti che hanno risposto di essersi trovata nella condizione di riflettere sulla questione dell’OdC:

Domanda A

‘Se ti è capitato, durante il percorso di formazione, di affrontare un dilemma etico, puoi descrivere come l’hai affrontato?’



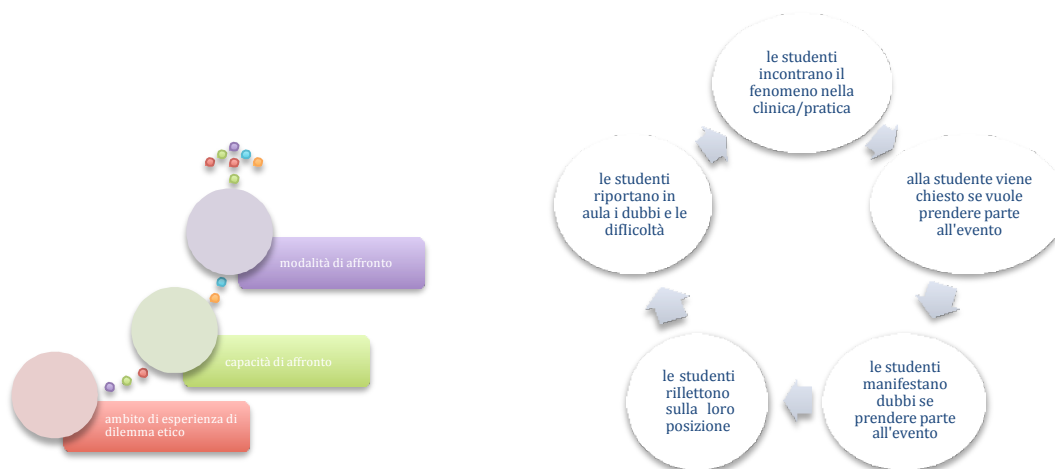
Domanda A	Monza	Milano	Pavia	Brescia	Varese	Totale
	Risponde	17	9	1	0	4
Non risponde	0	2	0	0	0	2
Totale	17	11	1	0	4	33

Risponde il 94% degli studenti mentre il 6% dei soggetti non risponde pur avendo affermato di aver fatto esperienza di dilemma etico.

Di seguito sono esposti i risultati in tabella, dopo l’analisi delle risposte aperte e la categorizzazione delle stesse: per la domanda A si è scelto di identificare l’ambito in cui si è fatta esperienza di OdC e la capacità di affrontare la situazione.

Tutte le situazioni riportate dagli studenti riguardano ambiti di applicazione di IVG e ITG, specifici quindi per quanto riguarda l’OdC.

La tabella sottostante mostra i temi rilevanti fuoriusciti dalle risposte:



Come è stato affrontato: in questi 21 casi – TEMI EMERSI	
1	Espressione di dubbi rispetto alla propria posizione
2	Dibattito in classe/lezione
3	Discussione e confronto con tutor o altri professionisti in ospedale
4	Riflessioni personali

Il 68% dei rispondenti reputa di averlo affrontato e le modalità espresse possono essere riassunte come segue: tramite dibattito in classe/a lezione, discutendo e confrontandosi con i tutor e altri professionisti in ospedale, facendo riflessioni personali. Emergono in prima battuta molti dubbi rispetto alla propria espressione di OdC.

Di seguito le risposte delle studenti:

Non ho direttamente preso parte all'evento in questione, ma questo è avvenuto durante il tirocinio e se ne è discusso molto in reparto. Il caso in questione richiedeva una decisione tempestiva e c'erano molti fattori delicati da tenere in considerazione. Le discussioni tra i professionisti sono state molto accese e, a mio parere, alcune decisamente fuori luogo. Non mi sono sentita in un ambiente abbastanza tutelato per esprimere le mie considerazioni e ho avuto solo più in là la possibilità di discutere personalmente con alcune ostetriche. [Stud. 2 CLO1]

Nel tirocinio in patologia della gravidanza mi è capitato di assistere ad un caso di ITG. Ricordo che le ostetriche si sono divise in modo che l'ostetrica non obiettrice seguisse il caso. Tuttavia la donna ha dovuto attendere il cambio turno perché ci fosse un medico non obietttore e potesse dunque iniziare l'induzione del travaglio di parto. Personalmente l'ostetrica mi ha chiesto se volessi prenderne parte e così ho fatto. Alla fine della giornata, nonostante avessi qualche dubbio, il pensiero emergente era comunque quello di aver aiutato la donna. [Stud. 3 CLO1]

Negli ultimi due anni del mio percorso formativo mi sono documentata circa la Legge 194/78 e in cosa consistono precisamente le procedure di IVG e ITG e ho riflettuto su quale potesse essere la mia posizione, cosa avrei fatto al posto della donna e cosa mi sarei aspettata dal personale sanitario se mi fossi trovata in quella condizione. Sulla base di queste riflessioni ho costruito la mia opinione. [Stud. 4 CLO1]

Nel corso del tirocinio in patologia della gravidanza mi è capitato di assistere ad una interruzione terapeutica di gravidanza dopo i 90 giorni e come indicazione era stata data " la presenza di processi patologici che determinano grave pericolo per la salute psichica della donna". La ragazza in questo caso era una minorenni e per intraprendere l'ITG è stato effettuato referto psichiatrico da una neuropsichiatra infantile. L'assistente ostetrica a cui facevo riferimento, in quanto non obiettrice, ha

effettuato in prima persona le azioni per interrompere la gravidanza, mentre io ho comunque preso parte all'assistenza ostetrica della donna fino all'instaurarsi del travaglio e in puerperio. [Stud. 5 CLO1]

E' stato affrontato sviscerando tutti i punti di vista anche se in realtà non sono emersi tutti i punti di vista perché i dilemmi etici contengono un'infinità di sfaccettature. [Stud. 6 CLO1]

Durante il mio tirocinio in sala operatoria di ginecologia ho dovuto fare i conti con le IVG. Preferendo non entrare in sala operatoria per non assistere all'operazione, ho comunicato la mia scelta alla coordinatrice la quale mi permetteva di seguire pre e post operatorio e nel momento in cui la sala operatoria di ostetricia era libera mi mandava ad assistere lì. [Stud. 7 CLO1]

È stato chiesto di esporre i propri pensieri a tutti quelli che lo desideravano. [Stud. 8 CLO1]

Mi è capitato di assistere ad una interruzione terapeutica di gravidanza dopo che la coppia madre padre hanno scoperto che il loro bambino era affetto dalla sindrome di Down. Dopo il colloquio che la coppia ha affrontato con il ginecologo (a cui ho assistito) l'ostetrica-tutor a cui era affiancata durante il tirocinio mi ha dedicato del tempo per parlare della situazione, dicendomi che secondo lei era giusto che io assistessi al colloquio e avessi una mia idea al riguardo. [Stud. 10 CLO1]

Il dilemma etico riguardava l'induzione di un travaglio abortivo per gravi condizioni psicofisiche materne e condizioni sociali in cui viveva. Feto sano. Il dilemma in realtà non è stato pienamente affrontato in quanto l'ostetrica mi ha esposto solo il suo pensiero. Ho avuto difficoltà a ragionare sull'etica di quanto stesse accadendo. [Stud. 11 CLO1]

Durante il tirocinio in sala operatoria mi è capitato di assistere alle interruzioni di gravidanza perché avevano bisogno senza che mi fosse chiesto se volessi o meno. Al termine nessuno si è posto il problema di chiedere se avessi qualche obiezione. Dopo di che mi sono confrontata con una mia tutor a riguardo. [Stud. 13 CLO1]

In occasione di un'interruzione terapeutica di gravidanza dopo i primi 90 giorni per elevato rischio di sindrome di Down del nascituro, nel reparto di patologia della gravidanza. Ho personalmente incontrato molte difficoltà nell'assistenza alla gravida durante il travaglio abortivo indotto con prostaglandine vaginali. Le ostetriche del reparto hanno lasciato la donna spesso da sola nella stanza di degenza. [Stud. 16 CLO1]

In patologia della gravidanza mi è spesso capitato di incontrare donne che volevano fare un'IVG. Ho preso parte all'assistenza pre e post IVG, ma non all'atto vero e proprio. Tuttavia nessuno mi ha chiesto se ero obiettrice, ne l'argomento è stato toccato. [Stud. 17 CLO1]

Mi è capitato in sala parto, che mi venisse chiesto se volevo assistere una gravida che aveva deciso di ricorrere all'ITG. Io ho espresso all'ostetrica la mia idea in merito alla richiesta. [Stud. 18 CLO1]

Io personalmente non ho fatto nulla ma mi sono affidata agli altri professionisti, chiedendo spiegazione a posteriori su ogni decisione presa. [Stud. 21 CLO3]

Ho cercato di non sovrastare la mia professionalità con quelli che sono i miei sentimenti e le mie credenze. Ho detto la cosa giusta non quello che pensavo realmente. [Stud. 26 CLO2]

Si trattava dell'eventuale posizionamento di Cytotec in vagina per la preparazione cervicale all'intervento di IVG. E' stata chiamata un'ostetrica non obiettrice ed essendo occupata si è spiegato alla donna come effettuare da se la somministrazione. [Stud. 27 CLO2]

Si mi è capitato e l'ho gestito mettendomi nei panni delle donne, con delle ripercussioni che mi hanno fatto molto pensare alle azioni e scelte di alcune donne. [Stud. 31

CLO2] Con dibattito tra studenti e docenti, utilizzando come fonte testi di legge ed esperienze di tirocinio. [Stud. 35 CLO2]

L'argomento OdC è stato affrontato durante le lezioni di bioetica, facendo riferimenti a fatti storici e di cronaca non solo inerenti all'ostetricia, durante le quali abbiamo dovuto analizzare i diversi elementi (etici e legislativi) intervenuti al fine di esprimere una nostra valutazione. [Stud. 46 CLO2]

E' stato affrontato nel percorso di formazione di bioetica. Abbiamo iniziato con un dibattito in classe sull'argomento facendo emergere le nostre opinioni e argomentando le motivazioni. In seguito è stata svolta una lezione teorica sul tema. [Stud. 48 CLO2]

Brainstorming [Stud. 54 CLO4]

Tutte le studentesse hanno dato la loro opinione riguardo l'argomento in questione, il professore alla fine di ogni discussione ha sempre sottolineato che non c'è un giusto o sbagliato. [Stud. 55 CLO2]

Ritengo che, in quanto professionista sanitario sia mio compito assistere le persone rispettando la loro volontà e le loro decisioni, anche se queste dovessero essere totalmente in contrasto con le mie idee personali. [Stud. 56 CLO2]

Durante un esame ad una gestante ho dovuto riferire alla signora, che parlava solo francese, che il suo feto era affetto da anencefalia. Essendo uno studente del primo anno poco o nulla conoscevo dell'IVG, così come poco conoscevo riguardo le perinatal palliative care. [Stud. 61 CLO1]

E' stato chiesto alla studente se volesse assistere ad un caso di interruzione volontaria di gravidanza in una donna ed è stata assistita con particolare cura e spiegazione alla donna di ciò che stava facendo e cura alla relazione con il nascituro. [Stud. 64 CLO1]

Mi è stato chiesto di somministrare prostaglandine per l'IVG. Nonostante le mie convinzioni etiche, ho eseguito la procedura, pensando a posteriori che avrei dovuto dichiarare le mie ideologie. [Stud. 69 CLO1]

Assistenza a un aborto terapeutico, seguendo le attività dell'ADT (assistente di tirocinio); dopo aver accettato di accompagnare la donna. [Stud. 74

CLO1] Durante le lezioni con confronto tra studentesse e professore. [Stud. 87 CLO5]

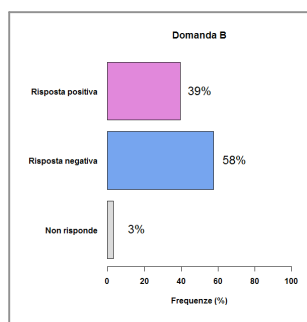
Mi è capitato di assistere ad una IVG. Essendo io religiosa, ho dichiarato di non voler prendere parte strumentando l'intervento ma ho dovuto preparare il campo sterile. Ho dovuto, ma non ero d'accordo. [Stud. 92 CLO5]

L'aborto terapeutico per un feto polimalformato. [Stud. 93 CLO5]

Quando ci è stata data la possibilità di strumentare delle IVG del primo trimestre potevo scegliere se partecipare all'intervento o preparare solo il materiale occorrente prima dell'intervento. Anche se non sono stata felice nel farlo, ho deciso di strumentare, perchè nonostante non sia d'accordo con l'IVG ho pensato che se tutti gli operatori si rifiutassero di strumentare le donne con gravidanza indesiderata avrebbero trovato comunque un modo (non sicuro) per raggiungere il loro obiettivo. [Stud. 94 CLO5]

Domanda B

‘Se ti è capitato, durante il percorso di formazione, di affrontare un dilemma etico, reperi di aver posseduto adeguati strumenti per gestirlo?’



Domanda B	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
Risposta positiva	5	5	1	0	2	13
Risposta negativa	12	5	0	0	2	19
Non risponde	0	1	0	0	0	1
Totale	17	11	1	0	4	33

Alla Domanda B si è indagato se gli studenti avessero gli strumenti adeguati per affrontare il dilemma etico, quali hanno a disposizione e quali, invece, avrebbero voluto possedere.

Dei 33 rispondenti che hanno sperimentato un dilemma etico, il 36% ha affermato di possedere gli strumenti necessari ad affrontare il dilemma etico mentre il 58% ha affermato di non possedere gli strumenti adeguati o sufficienti, il 6% non ha risposto alla Domanda B.

Gli strumenti identificati sono i seguenti: lezioni di bioetica e confronto in aula, lezioni su normativa e conoscenza della legislazione, riflessioni personali, esperienza di tirocinio, convinzioni proprie e percorso di studi precedente, educazione familiare e partnership con la donna.

In merito agli strumenti desiderati, sono state citate le seguenti categorie: più esperienza, la presenza di uno sportello psicologico per studenti, maggior confronto tra professionisti, lezioni con contenuti meno teorici, maggior aiuto da parte dei tutor e maggior formazione nel CdL.



Seguono le affermazioni delle studente:

Nel mio percorso di studi universitario non ho mai partecipato direttamente a IVG e PMA, quindi non mi sono mai trovata davanti a questi problemi etici, ritengo tuttavia che il mio percorso di studi pre universitario e la mia educazione familiare mi permetterebbero di avere gli strumenti per gestirlo. La preparazione universitaria mi ha permesso di conoscere le leggi 194/78 e 40/04, non penso in generale che mi abbia fornito gli strumenti per affrontare un problema etico. [Stud. 1 CLO1]

Gli strumenti posseduti sono stati utili per affrontare il dilemma etico. A lezione abbiamo avuto spazi dedicati alla bioetica fin dal primo anno e ci sono stati dati strumenti per impostare un ragionamento; la pratica ovviamente è molto più coinvolgente della teoria, e non sempre riesco a trovare conclusioni che mi permettano di essere sicura e certa delle stesse. [Stud. 2 CLO1]

Non so se avrò mai gli strumenti per gestire situazioni simili, ero cosciente che avrei potuto dire no, ma non me la sono sentita, perché penso che ogni donna abbia il diritto di scegliere e anche senza di me avrebbe preso e portato avanti questa scelta. Tuttavia non posso dire di essere rimasta indifferente alla cosa. [Stud. 3 CLO1]

Personalmente credo che l'argomento sia stato insufficientemente trattato durante il percorso di studi e uno scambio di opinioni anche solo con le mie compagne di corso magari avrebbe influenzato il mio pensiero positivamente permettendomi di scegliere con più consapevolezza, tenendo in considerazione aspetti che erano sfuggiti alla mia analisi. [Stud. 4 CLO1]

4 CLO1]

Conoscevo la normativa, quindi ho potuto comprendere la situazione e i termini con cui l'ITG è stata effettuata, tuttavia sarebbe stato utile intraprendere una discussione con gli altri professionisti sanitari. [Stud. 5 CLO1]

Si dal punto di vista di decisione umanistica e personale sull'argomento, per quanto riguarda la parte legislativa non ne sono pienamente convinta. [Stud. 6 CLO1]

Ero consapevole che, sebbene non volessi prendere parte all'operazione di interruzione della gravidanza questo non escludeva la mia assistenza nel pre e nel post operatorio. Credo di aver posseduto gli strumenti adeguati per gestirlo. [Stud. 7 CLO1]

E' stato necessario un approfondimento personale in merito agli argomenti. [Stud. 8 CLO1]

Non mi sono mai trovata a gestire un dilemma etico, mi sono solo occupata dell'assistenza antecedente e conseguente all'evento. Mi sono posta delle domande ma non ho avuto modo di discutere sull'argomento. [Stud. 9 CLO1]

Non penso di avere adeguati strumenti per gestire una situazione come questa, soprattutto data la delicatezza della questione e la mia inesperienza a riguardo. [Stud. 10 CLO1]

Non credo di avere avuto gli strumenti adeguati per gestirlo. Era la prima volta che affrontavo una situazione del genere. Ho potuto ragionarci solo in seguito a casa, a mente fredda. [Stud. 11 CLO1]

Sinceramente non sapevo se potessi dire che ero obiettiva o meno visto che nessuno si sia posto il problema. [Stud. 13 CLO1]

Ho trovato diverse difficoltà nel tentativo di assistere la donna e spesso la prima reazione è stata quella di allontanarmi dalla situazione, cercando di aver meno contatti possibili con la gestante. Probabilmente non avevo abbastanza strumenti per gestire la situazione e tentare di "stare" all'interno del problema, con la donna. [Stud. 16 CLO1]

Secondo me la parte teorica viene fatta bene, ma se non viene spiegata anche nella pratica rimane fine a se stessa. Mi sembrava di non riuscire a tracciare un confine tra quello che era assistenza alla donna e assistenza alla procedura. [Stud. 17 CLO1]

Penso che sia necessario acquisire maggiori strumenti ed esperienza per poter gestire al meglio queste situazioni. [Stud. 18 CLO1]

Da studentessa credo di possedere gli strumenti base che il corso di laurea può fornirmi anche se non reputo siano sufficienti da soli alla formulazione di un pensiero personale che penso debba essere il risultato oltre che della normativa a disposizione, dell'esperienza e di una riflessione personale. [Stud. 19 CLO1]

Si gli strumenti li abbiamo, ma ciò che ci manca è l'esperienza. [Stud. 21 CLO1]

Penso di sì, mi sono affiancata alla donna cercando, e penso, riuscendo, a non far emergere il mio giudizio. Credo sia già un traguardo. [Stud. 26

CLO2] Non proprio. Si tratta comunque di un'esperienza indiretta. [Stud. 27 CLO2]

Assolutamente no. [Stud. 31 CLO2]

No, servirebbe la possibilità di uno sportello psicologico per le studentesse. [Stud. 33

CLO2] Non credo di aver affrontato l'argomento adeguatamente. [Stud. 35 CLO2]

Penso che solo la pratica e l'esperienza rendano una persona in grado di gestire il dilemma etico. [Stud. 46 CLO2]

Assolutamente sì. Penso comunque che gli strumenti si acquisiscono sul campo: tirocinio in piccoli interventi seppur pesante da un punto di vista psicologico, l'ho trovato molto utile! [Stud. 48 CLO2]

No. [Stud. 54 CLO2]

Abbastanza. [Stud. 55 CLO2]

Al tempo purtroppo no, ma fortunatamente nei successivi anni mi sono stati dati gli strumenti per implementare le mie conoscenze. [Stud. 61 CLO1]

No, mi sento comunque inadeguata ma l'incontro con la coppia e la relazione che è sorta è stata di aiuto. [Stud. 64

CLO1] No. [Stud. 69 CLO1]

Sì. [Stud. 74 CLO1]

Sì, forniti anche dal professore mentre si discute dell'argomento. [Stud. 85 CLO5]

Non del tutto. [Stud. 92 CLO5]

*Non sufficienti per gestire l'aspetto psicologico della donna. Trovo molto utile l'intervento di uno specialista (psicologo) che si occupi proprio di questo. [Stud. 93 CLO5]
Sì perché durante le lezioni di bioetica avevo già fatto le mie riflessioni in merito. [Stud. 94 CLO5]*

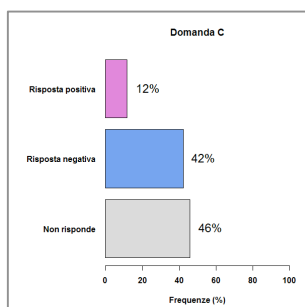
Non proprio. [Stud. 95 CLO5]

Elementi insufficienti. [Stud. 109 CLO4]

Non proprio. [Stud. 111 CLO4]

Domanda C

‘Ritieni che la conoscenza della normativa a riguardo dell’obiezione di coscienza sia sufficiente per affrontare dilemmi etici?’

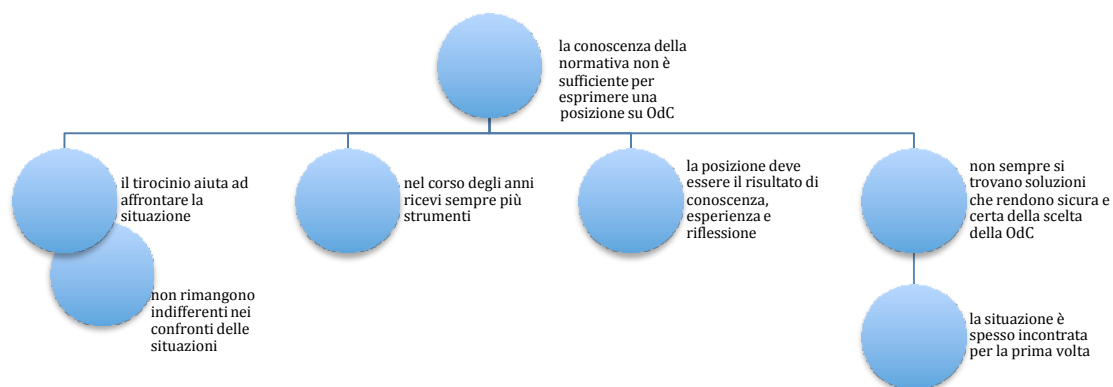


Domanda C	UNIMIB	UNIMI	UNIPV	UNIBS	UNInsubria	Totale
	Risposta positiva	2	6	2	1	2
Risposta negativa	28	9	3	4	3	47
Non risponde	9	20	2	7	13	51
Totale	39	35	7	12	18	111

La Domanda C indaga l'opinione degli studenti rispetto all'adeguatezza della conoscenza della normativa come strumento sufficiente per la risoluzione dei dilemmi etici.

Sull'intero campione (111 studenti) ha risposto il 56% (62 studenti).

Il 12% del campione reputa che sia uno strumento sufficiente mentre il 42% reputa che non sia condizione sufficiente alla risoluzione del dilemma etico.



Seguono le risposte date al quesito:

Ritengo che le normative non possano affrontare dilemmi etici. [Stud. 1 CLO1]

Penso che le normative siano utili per capire cosa si può fare, ma non per capire effettivamente come affrontare un dilemma etico. [Stud. 3 CLO1]

Credo che non sia esaustiva circa l'obiezione di coscienza tanto che per comprenderla ho fatto riferimento a libri di testo in cui se ne parlava. [Stud. 4 CLO1]

No, non è sufficiente conoscere la normativa, in quanto l'obiezione di coscienza richiede un processo di riflessione introspettiva e di discussione con altri professionisti perché questo favorisce lo svilupparsi di un pensiero critico. [Stud. 5 CLO1]

No. [Stud. 6 CLO1]

Non credo che la conoscenza della normativa sia sufficiente, ogni caso, ogni azione deve mettere in gioco il singolo e la particolare situazione va valutata ogni volta. [Stud. 7 CLO1] No, io ho

studiato le leggi in oggetto per il mio elaborato finale e soprattutto la legge sulla PMA non è stata trattata durante la formazione. [Stud. 8 CLO1]

No, la normativa regola il comportamento degli operatori sanitari ma i dilemmi etici devono essere affrontati con discussioni morali durante il percorso formativo e lo svolgimento della professione per maturare un pensiero ragionato. [Stud. 9 CLO1]

Non penso che la conoscenza della normativa sia sufficiente secondo me in queste situazioni prima di tutto bisogna "saper stare" più del "saper fare". [Stud. 10 CLO1]

Non credo che la sola conoscenza della normativa possa essere sufficiente per affrontare dilemmi etici. E' necessario un percorso di riflessione personale in cui si mettendo in campo il proprio credo, il proprio pensiero e i diritti delle donne e delle famiglie. [Stud. 11 CLO1]

La semplice conoscenza della normativa riguardo l'obiezione di coscienza NON è assolutamente sufficiente per affrontare dilemmi etici. Nell'affrontare un dilemma etico sono coinvolti complessi elementi. [Stud. 12 CLO1]

Credo che conoscere la normativa aiuti a decidere come muoversi praticamente anche sicuramente perché uno si ponga in una posizione piuttosto che un'altra non è deciso solo in base alla legge. [Stud. 13 CLO1]

No, penso che pur trattando della stessa materia, la affronti sotto un aspetto diverso, non volto ad affrontare i dilemmi etici. [Stud. 14 CLO1]

La conoscenza della normativa è molto importante per affrontare dilemmi etici, ma non sufficiente. Ci dovrebbero essere linee guida a riguardo in modo da saper affrontare al meglio il dilemma etico, anche se poi quello che incide di più è il singolo caso e l'esperienza dell'operatore. [Stud. 15 CLO1]

Ritengo che la conoscenza della normativa sia fondamentale, tuttavia penso che sia necessaria una riflessione personale, uno studio approfondito delle pratiche cliniche e assistenziali e l'aggiornamento continuo. Penso anche che sia fondamentale l'esperienza diretta, nella pratica, per poter costruire il proprio pensiero su questioni così delicate. [Stud. 16 CLO1]

Secondo me soprattutto per le studentesse fin dal primo anno è fondamentale vedere la norma applicata nella pratica. Discutere di un caso utilizzando e conoscenze per incrementare la capacità decisionale e rendere più comprensibile, per quanto sia possibile, il dilemma etico. [Stud. 17 CLO1]

Ritengo che, ad oggi, io non abbia adeguata conoscenza della normativa per affrontare i dilemmi etici, ma ritengo comunque che questa non sia sufficiente. [Stud. 18 CLO1]

Penso che la normativa possa orientarci circa quelli che sono i comportamenti che ci è concesso adottare in materia di dilemmi etici anche se non ritengo sono sufficienti a permetterci di formulare un nostro giudizio personale, frutto di una lunga e graduale crescita professionale. [Stud. 19 CLO1]

No non è sufficiente. [Stud. 21 CLO3]

Sì. [Stud. 22 CLO3]

No, l'ambiente ospedaliero, i ritmi e i tempi di lavoro spesso non permettono di fermarsi e prestare attenzione ai problemi etici che spesso insorgono nei vari reparti. [Stud. 24 CLO3]

Penso di no, della normativa è bene sapere come ti tutela, il passo successivo spetta a te

Reputo che le conoscenze sulla normativa siano comunque piene di lacune e anche dove chiare ne risultati difficile l'applicazione nella pratica. [Stud. 26 CLO2] Assolutamente no. [Stud. 31

CLO2]

Sì. [Stud. 33 CLO2]

Assolutamente no. [Stud. 34 CLO2]

No. Bisogna affrontare casi clinici ed esperienze personali. [Stud. 35 CLO2] Sì. [Stud. 44

CLO2]

Sì, abbastanza. [Stud. 45 CLO2]

Penso che sia indispensabile ma non sufficiente: posto che, per me, le ragioni legislative stiano al di sopra di quelle personali. E' necessario mettersi nell'ottica in cui queste due

possano entrare in contrasto. [Stud. 46 CLO2]

No, ritengo debba essere seguito un corso di bioetica medica e non sia sufficiente la conoscenza della normativa. [Stud. 47 CLO2] No, o meglio

penso che sia necessaria ma non sufficiente. [Stud. 48 CLO2]

Penso di sì. [Stud. 49 CLO2] Abbastanza.

[Stud. 54 CLO2] Sì. [Stud. 55 CLO2]

La normativa è stata affrontata senza però soffermarsi sulla questione "obiezione di coscienza". [Stud. 56 CLO2]

Credo che le normative debbano essere semplificate in modo da garantire ad ogni donna il diritto di scelta consapevole, che ad oggi purtroppo è molto limitato. [Stud. 61 CLO1]

Credo che non sia sufficiente conoscere la normativa per affrontare i dilemmi etici, che pongono lo studente e il professionista di fronte a situazioni che prevedono una riflessione profonda sui valori della vita, della possibilità di ognuno di disporre secondo il proprio volere (anche scontrandosi con la normativa vigente). Ritengo che solo la pratica clinica e l'esperienza diretta di tali situazioni porti il professionista ad acquisire la massima consapevolezza e quindi a indirizzare l'azione nella pratica clinica. [Stud. 62 CLO1]

No, serve comunque un lavoro su noi stessi e sulle nostre convinzioni. [Stud. 64 CLO1]

No, la risoluzione di dilemmi etici non può essere soggetta a normativa. [Stud. 65 CLO1]

Sì, anche se un'ulteriore ricerca personale sarebbe meglio affrontarla per non trovarsi impreparati nella pratica. [Stud. 66 CLO1] Non lo so perché

non sono a conoscenza della normativa. [Stud. 68 CLO1]

No. [Stud. 69 CLO1]

Credo che la normativa non sia sufficiente riguardo la risoluzione di dilemmi etici, è necessario tuttavia avere una collaborazione con l'equipe e una idea comune nel team lavorativo che esegue la procedura, perciò comuni conoscenze in tutto l'ambito. [Stud. 71 CLO1]

La normativa non sempre risulta essere esaustiva in tema etico. Il CdL dovrebbe fornirti tutte le informazioni necessarie per poter prendere posizione a riguardo, ma ci sono evidenti carenze nel percorso formativo. [Stud. 72 CLO1]

Ritengo che, oltre alla conoscenza della normativa, debbano essere forniti strumenti e modelli per l'analisi etica e la risoluzione dei dilemmi etici. [Stud. 73 CLO1]

Abbastanza. [Stud. 74 CLO1]

Ritengo sia fondamentale ma non sufficiente in quanto per affrontare dilemmi etici entrano in gioco anche credenze e valori personali, nonché religiosi. [Stud. 78 CLO1] No. [Stud. 80

CLO1]

Sì, ritengo sia sufficiente. [Stud. 81 CLO1]

No perché è un argomento talmente ampio che lo si svilupperà durante tutta la carriera professionale. [Stud. 83 CLO5] Non so. [Stud. 87

CLO5]

Non conosco la normativa ma ho le idee chiare. [Stud. 92 CLO5]

No, nessuna legge potrà mai trovare risposta a tutti gli interrogativi. [Stud. 93 CLO5]

Sì. [Stud. 94 CLO5]

Secondo me la normativa riguardo l'obiezione di coscienza dovrebbe essere affrontata meglio nel corso di studi. È importante affrontare tale argomento perché nella vita sia personale che professionale può aiutare molto. [Stud. 95 CLO5]

Sì, varia poi dalle convinzioni personali. [Stud. 107 CLO4] No. [Stud. 109

CLO4]

Talvolta non è sufficiente. [Stud. 110 CLO4] Non sempre. [Stud.

111 CLO4]

Non è sufficiente, esistono molte più variabili da valutare. [Stud. 112 CLO4]

In conclusione la frase scritta *'Non penso che la conoscenza della normativa sia sufficiente, secondo me in queste situazioni prima di tutto bisogna "saper stare" più del " saper fare". [Stud. 10 CLO1]'* sia il contenuto riassuntivo della posizione delle studenti rispetto all'OdC. Le loro affermazioni in generale tengono conto di tutte le caratteristiche che compongono l'OdC e mettono in evidenza come la scelta sia un 'percorso di maturazione' che necessariamente deve avvenire per diventare professionisti in grado di esprimere alti standard di assistenza ostetrica.

CAPITOLO 4 DISCUSSIONE

Come evidenziato anche nella revisione della letteratura, le discussioni e le prese di posizione rispetto al diritto all'OdC in ambito sanitario, in antitesi al diritto di accesso a percorsi di IVG e PMA delle donne nel rispetto del diritto alla salute riproduttiva e del principio di autonomia, non sono risolutive di ciò che il conflitto di valori genera. Ci si trova pertanto di fronte a una situazione complessa dove, da una parte, è posto il professionista e la sua scelta rispetto all'OdC, dall'altra parte i diritti delle donne generano in molti casi l'antitesi tra diritto all'aborto e all'OdC.

In merito alla delicata posizione degli studenti Strickland (2011) sostiene che "l'aborto continua a essere argomento di contenzioso tra gli studenti di medicina e questo può contribuire alla crisi dei servizi per l'IVG negli anni a venire" e che "l'obiezione di coscienza è una questione problematica tra gli studenti di medicina del Regno Unito". Sostiene inoltre che i dati raccolti tra gli studenti possono anticipare il problema che sorgerà quando gli studenti saranno professionisti e saranno in esercizio come medici nella comunità. Anche l'attuale dibattito rispetto alla denuncia di violazione del diritto alla salute comminata all'Italia è stato affrontato nella Relazione del Ministero della Salute del 2014 relativa all'applicabilità della Legge 194/78, dove si smentisce in parte la correlazione tra il numero di obiettori in crescita in Italia e l'inaccessibilità ai servizi di IVG, con relativo calo delle stesse. Si reputa infatti che il problema non sia nazionale ma rilevato solo in singole realtà regionali che devono monitorare la situazione e porre rimedio. Molti autori propongono soluzioni all'inaccessibilità delle donne ai servizi di IVG che si rivelano però problematiche da attuare e fonti di dibattito in quanto discriminatorie verso chi solleva l'OdC, che secondo il Comitato Nazionale di Bioetica è un diritto costituzionalmente fondato, al pari del diritto alla salute.

La revisione della letteratura suggerisce che una più chiara guida è necessaria per gli studenti circa il problema dell'OdC nelle Scuole di Medicina e che la formazione dei professionisti sanitari, non solo medici, debba prevedere un'educazione etica (CNB, 1991). In merito al dibattito tra rispetto dei valori morali dello studente e raggiungimento degli obiettivi formativi la letteratura concorda nel riconoscere il diritto al rispetto dei valori morali degli studenti purchè lo studente raggiunga comunque le competenze necessarie a garantire i servizi cui hanno diritto le donne. In Italia la Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche (FNCO, 2012) si esprime in merito sostenendo il diritto all'OdC delle ostetriche anche a fronte di problemi di accessibilità al servizio di IVG, che reputa imputabili alle Aziende, cui spetta il dovere di risoluzione, e non alle ostetriche.

L'affronto del tema dell'OdC è quindi una questione di metodo e contenuto; "La discussione suscitata dalla legge 40/2004 sulla fecondazione medicalmente assistita, e più in generale sulle tematiche di inizio e fine della vita, riguarda sia questioni di metodo che di contenuto" (Picozzi, 2005). Come si può meglio attuare la tutela della vita e fin dove è lecito spingersi, sono domande che si possono trasversalmente leggere nelle risposte date nel questionario dagli studenti.

I dati raccolti in questo studio sono un primo passo per comprendere come gli studenti di ostetricia affrontino tale questione, quali attitudini, conoscenze e strumenti abbiano alla fine del percorso formativo e quali suggerimenti gli studenti forniscono al fine di migliorare lo stesso. Lo studio effettuato ha risposto ai questi quesiti per quanto concerne la realtà lombarda e le cinque sedi universitarie che formano le ostetriche 'del domani'. Dall'analisi dei dati raccolti si è potuto osservare come sia omogeneo il campione di studenti ostetriche lombarde, ovvero dei 111 studenti che hanno risposto al questionario 109 sono di genere femminile, l'81% ha età compresa tra 21 e 23 anni, il 69% è di religione cattolica. Il 95% ha frequentato il liceo prima di iscriversi all'Università e il 61% ha conseguito la maturità al liceo scientifico. Rispetto ai dati socio-demografici, UNIBS risulta essere la sede dove le studenti mostrano meno variabilità rispetto alle caratteristiche socio-demografiche mentre maggiore variabilità è riscontrata nelle sedi UNIMI e UNInsubria.

In merito alla normativa italiana sull'OdC, la maggioranza degli studenti concorda nel considerare la Legge 194/78 una legge conosciuta in Italia solo come la legge che autorizza l'aborto, in opposizione a quello che il legislatore ha voluto sottolineare nella sua stesura; il titolo infatti della legge è "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Questo utilizzo parziale di una norma di legge ci fa comprendere come da un lato sia stato percepito dagli studenti l'influsso societario di considerazione parziale dell'intento del legislatore, mentre dall'altro lato la corretta affermazione dell'intento del legislatore che pone tale legge non solo come un mezzo di controllo delle nascite, ma adeguata e garante della procreazione responsabile. Gli studenti infatti nel 73% dei casi affermano che la Legge 194/78 è garante del diritto alla procreazione cosciente e responsabile cogliendo e sottolineando la tutela della maternità ed il valore della vita. Anche nella parte finale del questionario, attraverso la risposta alle domande semi aperte, gli studenti esprimono questa loro posizione di tutela della maternità cogliendo nel profondo il valore della madre e della vita nascente senza mai disgiungere le condizioni di madre e feto. Quest'ultima posizione è presente come fondamento nella professione dell'ostetrica; il rispetto del fondamento professionale è riscontrato anche nell'articolo di Echeverria (2015) dove si afferma che quando viene chiesto di eseguire un aborto, il medico incontra un dilemma che deve essere in linea con le risposte presenti nell'arte medica.

Mi è capitato di assistere ad una interruzione terapeutica di gravidanza dopo che la coppia madre padre hanno scoperto che il loro bambino era affetto dalla sindrome di Down. Dopo il colloquio che la coppia ha affrontato con il ginecologo (a cui ho assistito) l'ostetrica-tutor a cui era affiancata durante il tirocinio mi ha dedicato del tempo per parlare della situazione, dicendomi che secondo lei era giusto che io assistessi al colloquio e avessi una mia idea al riguardo. [Stud. 10 CLO1]

Il dilemma etico riguardava l'induzione di un travaglio abortivo per gravi condizioni psicofisiche materne e condizioni sociali in cui viveva. Feto sano. Il dilemma in realtà non è stato pienamente affrontato in quanto l'ostetrica mi ha esposto solo il suo pensiero. Ho avuto difficoltà a ragionare sull'etica di quanto stesse accadendo. [Stud. 11 CLO1]

Gli studenti intervistati ritengono in maggioranza che i consultori familiari possano contribuire a ridurre le

cause che inducono le donne a richiedere l'IVG e pensa che, nei procedimenti abortivi, se erogati come previsto dalla norma, sia rispettata la dignità della donna. Il campione in studio non afferma l'inadeguatezza della legge ma la sua scarsa conoscenza e scorretta applicazione. Si ritiene che la presenza di ostetriche nei consultori e nei servizi di IVG sia indispensabile e andrebbe garantita ovunque al fine di informare e accompagnare le donne alla conoscenza dei propri diritti per favorire una procreazione responsabile. L'emergere di questo dato fa comprendere l'importanza della programmazione dei servizi delle cure primarie e territoriali che possono e devono essere presenti nel processo di procreazione considerando non solo il lato clinico/procedurale della questione, ma anche la capacità di esercitare la responsabilità e l'utilizzo di scelte consapevoli. Questo punto si realizza nella capacità di generare l'empowerment della donna dentro ad una rete di servizi della salute che 'generano salute' non solo per la singola persona ma anche per la famiglia e l'intera società. Inoltre, nel 68% gli studenti sono d'accordo nell'affermare che la L. 40/2004 tutela la salute degli embrioni. Il recente London Summit on Family Planning ripone una rinnovata attenzione all'importanza della pianificazione familiare e all'espansione delle opzioni disponibili per le donne in tema di riproduzione. (Carr et al., 2012)

È interessante il dato emerso sul tempo: la quasi totalità degli studenti (92%) concorda anche con il periodo di sospensione previsto dalla norma tra la richiesta e l'esecuzione delle pratiche di IVG, perché le donne possano usufruire del tempo a disposizione per comprendere tutte le informazioni e vagliare tutte le soluzioni e le alternative a cui hanno diritto, e che le ostetriche devono offrire nella relazione con la donna. Il tempo ha un aspetto di valore durante la maternità che nella professione dell'ostetrica assume una connotazione particolare. L'utilizzo di termini quali 'il tempo dell'attesa', 'per nascere occorre tempo' o 'il bambino nasce a suo tempo', ci fa comprendere che anche gli studenti riflettono su questa nozione di tempo come un qualcosa che permette non solo il dispiegarsi di eventi fisici ma soprattutto la necessità di accompagnare l'accadere 'non fisico' dell'evento. I lunghi tempi dell'attesa, non solo la gravidanza ma anche il travaglio, permettono di percorrere in sicurezza questa strada che cambia radicalmente la vita e che per sempre rimarrà impressa nella memoria della madre. Si intravede negli studenti la posizione di coloro che colgono l'idea della madre in gravidanza come madre con un bambino, come una diade dove madre e feto stanno vivendo un loro percorso di trasformazione.

Questo tempo è necessario anche per gli studenti che devono maturare nel percorso formativo la loro posizione e che necessitano di una garanzia di tutela durante questa fase 'di sperimentazione e di incontro della situazione'.

Credo che non sia sufficiente conoscere la normativa per affrontare i dilemmi etici, che pongono lo studente e il professionista di fronte a situazioni che prevedono una riflessione profonda sui valori della vita, della possibilità di ognuno di disporre secondo il proprio volere (anche scontrandosi con la normativa vigente). Ritengo che solo la pratica clinica e l'esperienza diretta di tali situazioni porti il professionista ad acquisire la massima consapevolezza e quindi a indirizzare l'azione nella pratica clinica. [Stud. 62 CLO1]

Da studentessa credo di possedere gli strumenti base che il corso di laurea può fornirmi anche se non reputo siano sufficienti da soli alla formulazione di un pensiero personale che penso debba essere il risultato oltre che della normativa a disposizione, dell'esperienza e di una riflessione personale. [Stud. 19 CLO1]

Il campione di future ostetriche ritiene nel 72% dei casi che la norma in generale, se adeguatamente applicata, garantisca il diritto alla procreazione cosciente e responsabile e che essa tuteli non solo i diritti delle donne ma anche il diritto di obiezione di coscienza dei professionisti, come anche la L. 40/2004. Tale diritto lo hanno visto utilizzato sul campo e molti sono gli esempi da loro riportati dove si sottolinea la libertà di scelta del professionista senza compromettere lo standard di qualità dell'assistenza ostetrica.

Nel tirocinio in patologia della gravidanza mi è capitato di assistere ad un caso di ITG. Ricordo che le ostetriche si sono divise in modo che l'ostetrica non obiettrice seguisse il caso. Tuttavia la donna ha dovuto attendere il cambio turno perché ci fosse un medico non obiettore e potesse dunque iniziare l'induzione del travaglio di parto. Personalmente l'ostetrica mi ha chiesto se volessi prenderne parte e così ho fatto. Alla fine della giornata, nonostante avessi qualche dubbio, il pensiero emergente era comunque quello di aver aiutato la donna. [Stud. 3 CLO1]

L'assistente ostetrica a cui facevo riferimento, in quanto non obiettrice, ha effettuato in prima persona le azioni per interrompere la gravidanza, mentre io ho comunque preso parte all'assistenza ostetrica della donna fino all'instaurarsi del travaglio e in puerperio. [Stud. 5 CLO1]

La seconda sezione del questionario indaga le conoscenze degli studenti in merito alla normativa che concerne l'OdC in ambito sanitario. In letteratura nello studio University students attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy, (Rodriguez-Calvo et al., 2012) sugli studenti medici, di ostetricia e di giurisprudenza che indaga le conoscenze sulla normativa vigente in Spagna viene riportato che il 76-80% degli studenti risulta conoscerla. Nello studio condotto sulle studenti del CdL in Ostetricia in Lombardia si è osservata una conoscenza della materia, in media tra le varie sedi dei CdL, con una frequenza del 62,9% di risposte esatte, 15,4% di risposte errate e 21,6% di risposte "non so". La sede che si distingue per maggior percentuale di risposte esatte è UNIPV, ma va considerata, in termini di adesione allo studio, il più esiguo numero di studenti del campione appartenenti a questo CdL, per tanto in termini assoluti riporta minori risposte corrette delle altre sedi, seppur con più alta frequenza per CdL. Il maggior numero di risposte errate, sia in assoluto che in percentuale, appartiene alla sede di UNIMI, che ha il maggior numero di rappresentanti nel campione.

L'83% degli studenti risulta a conoscenza della possibilità, previa dichiarazione, di sollevare OdC secondo quanto previsto dalla L.194/78 per i professionisti sanitari e il 94% del campione è a conoscenza

dell'obbligo di assistenza antecedente e conseguente l'intervento specificamente diretto all'interruzione di gravidanza anche se esonerati dal prendere direttamente parte ad esso previa comunicazione dell'OdC. (Art 9 L. 194/78). Ne sono testimonianza le tante affermazioni nell'ultima parte del questionario dove emerge che ciò che la legge esonera è il solo 'tempo dell'intervento'.

Ero consapevole che, sebbene non volessi prendere parte all'operazione di interruzione della gravidanza questo non escludeva la mia assistenza nel pre e nel post operatorio. Credo di aver posseduto gli strumenti adeguati per gestirlo. [Stud. 7 CLO1]

Mi è capitato in sala parto, che mi venisse chiesto se volevo assistere una gravida che aveva deciso di ricorrere all'ITG. Io ho espresso all'ostetrica la mia idea in merito alla richiesta. [Stud. 18 CLO1]

Non basta però la non partecipazione a togliere i dubbi sull'OdC perché rimane tutta la complessità del pensiero che si sta formando unita alla sempre maggiore conoscenza dell'evento biologico.

Conoscevo la normativa, quindi ho potuto comprendere la situazione e i termini con cui l'ITG è stata effettuata, tuttavia sarebbe stato utile intraprendere una discussione con gli altri professionisti sanitari. [Stud. 5 CLO1]

Mi è capitato di assistere ad una IVG. Essendo io religiosa, ho dichiarato di non voler prendere parte strumentando l'intervento ma ho dovuto preparare il campo sterile. Ho dovuto, ma non ero d'accordo. [Stud. 92 CLO5]

Durante il mio tirocinio in sala operatoria di ginecologia ho dovuto fare i conti con le IVG. Preferendo non entrare in sala operatoria per non assistere all'operazione, ho comunicato la mia scelta alla coordinatrice la quale mi permetteva di seguire pre e post operatorio e nel momento in cui la sala operatoria di ostetricia era libera mi mandava ad assistere lì. [Stud. 7 CLO1]

Qualche volta è stata la coppia stessa che ha aiutato la studente ad affrontare la situazione anche se in alcuni casi viene espresso chiaramente la difficoltà di stare di fronte ad un evento dove che comunque richiude un lutto. Il vivere come quotidianità la gioia della nascita, ti pone maggiormente nella difficoltà di affrontare l'evento che va diversamente ed in particolare se questo è accompagnato dalla possibilità di OdC.

No, mi sentivo comunque inadeguata ma l'incontro con la coppia e la relazione che è sorta è stata di aiuto. [Stud. 64 CLO1]

Ho trovato diverse difficoltà nel tentativo di assistere la donna e spesso la prima reazione è stata quella di allontanarmi dalla situazione, cercando di aver meno contatti possibili con la gestante. Probabilmente non avevo abbastanza strumenti per gestire la situazione e tentare di "stare" all'interno del problema, con la donna. [Stud. 16 CLO1]

La ricerca del confronto da parte dello studente è grande e vede nei professionisti a lui vicino la possibilità di acquisizione di strumenti per la scelta di OdC. Tanti sono gli strumenti che gli studenti suggeriscono di usare: discussione in classe, confronto nei luoghi di tirocinio, sostegno da parte di persone esterne. Tutti questi strumenti però hanno la caratteristica di richiedere un tempo di riflessione e studio non in termini isolati ma con altri.

Tutte le studentesse hanno dato la loro opinione riguardo l'argomento in questione, il professore alla fine di ogni discussione ha sempre sottolineato che non c'è un giusto o sbagliato. [Stud. 55 CLO2]

Con dibattito tra studenti e docenti, utilizzando come fonte testi di legge ed esperienze di tirocinio. [Stud. 35 CLO2]

Questi dati, se da un lato mostrano che lo studente è a conoscenza della possibilità di non prendere parte all'evento, dall'altro svelano tutta la complessità legata al fatto che la maternità non è considerata dagli studenti un evento composto da tante tessere staccate che si sommano, bensì un percorso dove passo contiene già il valore dell'esito. Il fatto stesso che gli studenti parlino del feto come 'persona affetta da...' oppure che portino l'essere 'un feto sano', quest'ultima condizione riveste un particolare non trascurabile alla nascita del bambino e mette in luce il fatto che viene considerato vita pur nella scissione di embrione/feto/neonato. Gli studenti, pur ben conoscendo lo sviluppo fetale, parlano di bambino connotando l'attitudine dell'essere a favore della vita.

Mi è capitato di assistere ad una interruzione terapeutica di gravidanza dopo che la coppia madre padre hanno scoperto che il loro bambino era affetto dalla sindrome di Down.. [Stud. 10 CLO1]

L'80% è a conoscenza che la dichiarazione deve essere presentata per iscritto al Direttore sanitario e che essa può essere sempre revocata tuttavia non sono conosciuti i tempi previsti per la dichiarazione.

Meno della metà conosce poi che l'OdC viene immediatamente revocata se chi l'ha sollevata prende parte a procedure dirette a provocare l'IVG, salvo situazioni di emergenza. Solo il 35% è consapevole, in oltre, delle conseguenze per chiunque ragioni l'IVG con inosservanza della L.194/78 e ancor meno (15%) sono consapevoli che le pene previste sono maggiori se chi ha procurato illecitamente l'IVG ha precedentemente sollevato l'OdC.

Un particolare che è emerso nello studio nell'ultima sezione di domande semi aperte, è quello che lo studente essendo in una condizione che di approccio come 'prima volta' al problema e di probabile 'non completa riflessione/decisione sulla scelta dell'OdC' manifesta una situazione titubante sulle decisioni da prendere:

Gli strumenti posseduti sono stati utili per affrontare il dilemma etico. A lezione abbiamo avuto spazi dedicati alla bioetica fin dal primo anno e ci sono stati dati strumenti per impostare un

ragionamento; la pratica ovviamente è molto più coinvolgente della teoria, e non sempre riesco a trovare conclusioni che mi permettano di essere sicura e certa delle stesse. [Stud. 2 CLO1]

Negli ultimi due anni del mio percorso formativo mi sono documentata circa la Legge 194/'78 e in cosa consistono precisamente le procedure di IVG e ITG e ho riflettuto su quale potesse essere la mia posizione, cosa avrei fatto al posto della donna e cosa mi sarei aspettata dal personale sanitario se mi fossi trovata in quella condizione.

Sulla base di queste riflessioni ho costruito la mia opinione. [Stud. 4 CLO1]

All'unica domanda della sezione che riguarda proprio gli studenti, si chiede loro di riconoscere come falsa l'affermazione che “ La legge 194/'78 e 40/2004 cita tra i soggetti aventi diritto alla dichiarazione di obiezione di coscienza anche gli studenti dei CdL nelle professioni sanitarie delle Università nazionali”. Le due Leggi non citano mai gli studenti, che pertanto non sono tenuti o obbligati a fare alcuna dichiarazione rispetto all'OdC durante il percorso formativo. E' per loro possibile depositare l'OdC ma non vi è l'attitudine a cogliere questa possibilità; nessuno studente ha dichiarato di averlo fatto nel percorso formativo. Alla domanda, come conferma, soltanto il 21% risponde correttamente “ Falso” mentre ben il 44% del campione pensa che l'affermazione sia vera e il 35% afferma di non conoscere la risposta. La Legge 413/93, che norma invece l'OdC alla sperimentazione animale, riconosce anche agli studenti il diritto all'OdC, pertanto presso gli atenei gli studenti possono sollevare OdC e farne dichiarazione scritta. Ciò garantisce che ufficialmente sia resa nota la loro posizione in merito all'OdC e non possano essere obbligati a praticare procedure di sperimentazione animale. In ambito sanitario il diritto all'OdC degli studenti è normato senza una precisa specificazione della categoria dello studente, perciò, rifacendosi al Codice Deontologico dell'Ostetrica, gli studenti (pur non trattandosi ancora di ostetriche/ci) sono annoverati fra il personale sanitario. Dallo studio emerge che gli studenti non sanno che la legge non li cita esplicitamente tra le figure aventi diritto all'OdC; ciò che si può cogliere dai dati è che gli studenti si sentono parte del personale sanitario e manifestano, di volta in volta probabilmente, agli assistenti di tirocinio la loro volontà.

Durante il mio tirocinio in sala operatoria di ginecologia ho dovuto fare i conti con le IVG.

Preferendo non entrare in sala operatoria per non assistere all'operazione, ho comunicato la mia scelta alla coordinatrice la quale mi permetteva di seguire pre e post operatorio e nel momento in cui la sala operatoria di ostetricia era libera mi mandava ad assistere lì. [Stud. 7 CLO1]

Mi è capitato in sala parto, che mi venisse chiesto se volevo assistere una gravida che aveva deciso di ricorrere all'ITG. Io ho espresso all'ostetrica la mia idea in merito alla richiesta. [Stud. 18 CLO1]

Pur rilevando una conoscenza globale della normativa fra gli studenti nel 60%, si ritiene che una maggiore conoscenza generale delle leggi in questione risulti essere garanzia della tutela sia dello studente che delle

donne oltre a garantire l'erogazione di standard elevati di cura. Il percorso formativo dovrebbe poi accompagnare lo studente ad una scelta informata, autonoma e consapevole in merito all'OdC al fine di evitare scelte non ponderate. Questo fatto è anche confermato nello studio di Brown et al. (2016) dove si afferma che c'è un'ampia letteratura riguardo all'esercizio di obiezione di coscienza da parte del personale sanitario. L'autore afferma che la legge dovrebbe incontrare tre standard: proteggere l'esercizio di coscienza della persona assistita, salvaguardare i diritti dei professionisti sanitari fornendo il diritto di coscienza, e non dovrebbe contraddire gli standard di condotta etica stabiliti dal gruppo professionale.

Penso che la normativa possa orientarci circa quelli che sono i comportamenti che ci è concesso adottare in materia di dilemmi etici anche se non ritengo sono sufficienti a permetterci di formulare un nostro giudizio personale, frutto di una lunga e graduale crescita professionale. [Stud. 19 CLO1]

Non credo di avere avuto gli strumenti adeguati per gestirlo. Era la prima volta che affrontavo una situazione del genere. Ho potuto ragionarci solo in seguito a casa, a mente fredda. [Stud. 11 CLO1]

Nonostante, come detto, gli studenti non sappiano se la legge li cita tra le figure aventi diritto a sollevare OdC sanitaria, nella sezione relativa all'indagine d'opinione circa la formazione, essi reputano, con un grado d'accordo dell'88%, che gli studenti abbiano il diritto di agire in accordo con la loro coscienza mentre stanno svolgendo il programma di studio, facendo emergere la loro 'obiezione di coscienza' e le convinzioni personali.

Non si osserva differenza nelle risposte anche se analizzate per appartenenza religiosa, si reputa pertanto che il diritto all'OdC non sia percepito tale solo dagli studenti cattolici ma appartenga ai valori espressi anche dalla maggioranza di studenti atei o agnostici. Ciò non significa che essi siano necessariamente obiettori ma che riconoscano il diritto al rispetto dei valori morali dello studente nel percorso di formazione, sia che questi portino a sollevare l'OdC, sia che conducano a non sollevarla.

Per ciò che concerne la parte di questionario dedicata alla formazione, si può affermare che gli studenti richiedono un grande sforzo alla formazione, seppur compressa in un triennio e composta da una parte teorica ed una pratica. Va tenuto presente che l'attitudine dello studente è quella di chiedere 'sempre di più' alla formazione e questo è un aspetto positivo che è rientrato anche nella risposte al questionario:

La semplice conoscenza della normativa riguardo l'obiezione di coscienza NON è assolutamente sufficiente... [Stud. 12 CLO1]

L'interessante in ambito formativo che emerge dai dati dello studio è che gli studenti riconoscono non solo il valore di acquisizione delle conoscenze ma anche quello di percorso globale di vita.

Secondo me la normativa riguardo l'obiezione di coscienza dovrebbe essere affrontata meglio nel

corso di studi. È importante affrontare tale argomento perché nella vita sia personale che professionale può aiutare molto. [Stud. 95 CLO5]

Gli studenti vorrebbero più tempo dedicato a temi quali l'OdC che sentono rilevanti e degli di confronto aperto con tutte le categorie di persone che incontrano nel percorso formativo: tutor d'aula, assistenti di tirocinio, docenti e così via.

La maggioranza delle studenti riconosce l'importanza del raggiungimento dell'obiettivo formativo come confermato anche dal parere espresso in letteratura a nei Core Educational Outcomes del General Medical Council (2006) nell'emanazione di linee guida: queste riconoscono il diritto di libertà di espressione per gli studenti medici, ma si dichiara che questo "non può compromettere lo scopo fondamentale del corso: formare medici che hanno le conoscenze, le abilità, le attitudini ed il comportamento necessari per il conseguimento della Laurea in medicina". Inoltre, secondo un articolo di Dickens e Cook del 2000 sugli scopi e limiti dell'obiezione di coscienza, gli studenti medici e infermieri non possono obiettare dall'essere educati alle procedure (teoria ed esercitazioni di laboratorio) ma possono obiettare al dovere di praticarle sotto supervisione durante il tirocinio.

Non tutti gli ambiti in cui lo studente può incontrare l'OdC e percepire avversione a partecipare prevedono però semplici alternative come quelle descritte perciò si ritiene necessario che l'istituzione formatrice debba riconoscere gli obiettivi formativi il cui raggiungimento possa avvenire anche in caso di OdC e identificare metodiche formative rispettose dei valori morali degli studenti o strumenti formativi alternativi a disposizione degli studenti per raggiungere determinati obiettivi. Il compito educativo è quello di offrire gli strumenti e lasciare loro la possibilità di scelta perché questo ne potenzia le competenze come

studenti e future ostetriche. A questo proposito, gli studenti concordano con il fatto che si debba agire rispettando i valori etici e morali dello studente trovando altra forma di insegnamento per consentire il raggiungimento dell'obiettivo formativo.

Da quanto emerso dai dati gli studenti reputano che il tempo dedicato all'insegnamento dell'OdC e della tutela della maternità all'interno del percorso curricolare non sia sufficiente e solo il 51% afferma che lo studente disponga di informazioni sufficienti circa le procedure che riguardano l'OdC. La rimanente metà del campione le reputa insufficienti. Tuttavia la maggioranza si dice in accordo con l'affermazione secondo cui lo studente sia a conoscenza delle norme che tutelano il personale sanitario in merito all'OdC e che lo studente riceva nel percorso formativo strumenti, modelli o linee guida adeguati per l'analisi etica e la presa di decisioni per risolvere conflitti etici.

Nella formazione vanno perciò previsti maggiori spazi o tempi di confronto tra studenti e con il docente, attraverso la discussione di casi e l'analisi dei valori in conflitto.

Ritengo che la conoscenza della normativa sia fondamentale, tuttavia penso che sia necessaria una riflessione personale, uno studio approfondito delle pratiche cliniche e assistenziali e l'aggiornamento continuo. Penso anche che sia fondamentale l'esperienza diretta, nella pratica, per poter costruire il proprio pensiero su questioni così delicate. [Stud. 16 CLO1]

Interessanti sono invece risultate le risposte di coloro che hanno dichiarato di aver avuto qualche difficoltà di fronte alla scelta di OdC. Il 68% dei rispondenti reputa di aver affrontato il problema e le modalità espresse possono essere riassunte come segue: tramite dibattito in classe/a lezione, discutendone e confrontandosi con i tutor e altri professionisti in ospedale, facendo riflessioni personali.

Fra coloro che hanno affermato di possedere strumenti sono stati citati tra essi le lezioni di bioetica e il confronto in aula, le lezioni di normativa e la conoscenza della legge, le riflessioni personali, l'esperienza maturata in tirocinio, le convinzioni proprie, ovvero i propri valori morali e le conoscenze ricevute dal percorso di studi precedente, l'educazione familiare e la partnership con la donna assistita. La maggioranza però non ha considerato sufficienti questi elementi e ha espresso disagio per la mancanza di strumenti facilitanti, ritenuti necessari. Si è reputato di riassumerli in aree tematiche/categorie: maggiore esperienza, la presenza di uno sportello psicologico per studenti, maggior confronto tra studenti e professionisti, lezioni con contenuti meno teorici, maggior aiuto da parte dei tutor e maggior formazione sulla normativa e sui modelli etici dal Corso di Laurea.

Quando si è chiesto se il campione reputasse la conoscenza della normativa sufficiente alla risoluzione dei dilemmi etici legati a situazioni che potessero far sollevare l'OdC, si è espresso il 54% del campione: 42 studenti su 60 hanno complessivamente dichiarato di ritenere la conoscenza della normativa elemento necessario ma insufficiente alla risoluzione dei dilemmi etici, mentre solo 13 la reputano condizione sufficiente e necessaria.

Fra i suggerimenti che gli studenti hanno ritenuto di fornire per ottenere una più adeguata preparazione ad affrontare il tema dell'OdC e i dilemmi etici sono stati indicati diversi elementi, che ripetono in maniera sovrapponibile le richieste estrapolate dalle domande precedenti: per lo più si osserva la richiesta di maggior formazione in aula, confronto in classe su casi e coi professionisti in tirocinio, linee guida (modelli) per la risoluzione di dilemmi etici.

E' stato necessario un approfondimento personale in merito agli argomenti. [Stud. 8 CLO1]

Credo che non sia sufficiente conoscere la normativa per affrontare i dilemmi etici, che pongono lo studente e il professionista di fronte a situazioni che prevedono una riflessione profonda sui valori della vita, della possibilità di ognuno di disporre secondo il proprio volere(anche scontrandosi con la normativa vigente). Ritengo che solo la pratica clinica e l'esperienza diretta di tali situazioni porti il professionista ad acquisire la massima consapevolezza e quindi a indirizzare l'azione nella pratica clinica. [Stud. 62 CLO1]

Gli studenti infine portano anche alcuni elementi relativi all'ambiente di tirocinio mettendo in evidenza come loro stessi incontrano molte questioni etiche che non possono essere trascurate nel percorso formativo:

No, l'ambiente ospedaliero, i ritmi e i tempi di lavoro spesso non permettono di fermarsi e prestare attenzione ai problemi etici che spesso insorgono nei vari reparti. [Stud. 24 CLO3]

In conclusione si può dire che gli studenti riflettono sull'OdC ed in particolare quando si trovano 'sul campo':

Mi sembrava di non riuscire a tracciare un confine tra quello che era assistenza alla donna e assistenza alla procedura. [Stud. 17 CLO1]

L'analisi dei dati ci pone di fronte ad una chiara immagine dove gli studenti manifestano la loro posizione sull'OdC sottolineando la giusta necessità di avere la scelta di obiezione di coscienza ma danno molto valore anche alla tutela della salute e della madre e del feto/neonato. Gli studenti ben conoscono la normativa ma richiedono una più ampia formazione in tema di OdC che rifletta maggiormente ciò che accade nella pratica al fine di consentire la scelta di obiezione o meno con consapevolezza e responsabilità.

CONCLUSIONI

In conclusione l'obiezione di coscienza risulta essere un problema emergente nel panorama nazionale ed internazionale che coinvolge tutti i professionisti sanitari, e non ultimo gli studenti presenti nelle unità operative.

La posizione dello studente è quella della curiosità pur consapevoli della progressiva acquisizione di conoscenze, competenze e standard professionali che avviene nel percorso formativo. Ciò che si costruisce nel percorso formativo è l'identità professionale che si integra con quella morale e di cittadino. L'OdC riveste pertanto un ambito importante in questo cammino; si incontra nella pratica clinica la realtà che pone lo studente dentro ad una profonda riflessione dalla quale scaturirà con il tempo la sua posizione. Di conseguenza, il tema dell'OdC che richiede una forte componente identitaria, non può essere esclusa dal percorso formativo delle studente ostetriche che si trovano ad affrontare situazioni che mettono a prova non solo le capacità tecniche, ma anche le questioni che riguardano la sfera della coscienza.

Il tema della tutela della salute è centrale nel percorso formativo dell'ostetrica che volge molta attenzione agli aspetti di promozione, prevenzione e tutela della fisiologia; questo aspetto risulta essere in accordo in generale anche con le attitudini manifestate dagli studenti. I risultati dello studio mostrano che circa l'80% degli studenti sono in accordo con l'affermazione che la normativa presa in esame riconosce il valore sociale della maternità e il diritto alla procreazione cosciente e responsabile.

In generale i risultati dello studio, ed in particolare nella prima parte riguardante le attitudini degli studenti, mostrano che la diade madre/feto-neonato viene considerata dagli studenti come unicità delineando una custodia per l'evento nascita protettiva sia per la madre quanto per il feto/neonato, non disgiungendo o eliminando uno dei due soggetti ma affermando nel 77% dei casi, il rispetto nelle procedure della dignità personale della donna.

La tutela della maternità, la tutela degli embrioni, l'impegno preso dalla madre che si sottopone alle tecniche di procreazione medicalmente assistita trova gli studenti in accordo circa nel 80% dei casi. Il servizio consultoriale e di cure primarie, viene affermato nel 77% dagli studenti, è un luogo che deve essere a sostegno di madre e feto/neonato fornendo uno spazio non solo di cura fisica o certificativa dell'evento ma soprattutto di sostegno e possibilità di promozione della salute e sostegno alla maternità cosciente e responsabile. Il senso di protezione della vita ed il sostegno alle madri, emerge nelle affermazioni degli studenti anche attraverso il riconoscimento della concreta possibilità di azione che si offre alle donne nei servizi consultoriali.

Infine, nella parte dedicata alle attitudini, gli studenti nel 93% dei casi, riconoscono la protezione scritta nelle norme in fatto di obiezione di coscienza per quanto riguarda il professionista.

La conoscenza in materia di normativa è ben acquisita dagli studenti, ma emerge un coro di richiesta di 'maggior formazione' o meglio maggiormente mirata indicando fra i possibili metodi di formazione quelli

attivi e di confronto. Gli studenti cercano il confronto, vogliono sondare le differenti posizioni e i presupposti delle differenti scelte, come ad indicare che la scelta è difficile e che occorre tempo ed esperienza per poter maturare una maggior consapevolezza.

Dai risultati emersi è interessante sottolineare come gli studenti dichiarano di ricevere gli strumenti per affrontare la questione dell'obiezione di coscienza, ma poi si trovano nella situazione clinica con differenti sfaccettature. È proprio la molteplicità di queste sfaccettature che rende difficile il trasferimento dalla teoria alla pratica, e proprio questi tanti aspetti da congiungere che impegna lo studente in una ricerca che va al di là del solo ambito di conoscenza; lo studente non si accontenta di sapere cosa consente o meno la norma per poter rispondere alla azione di garanzia della tutela sia dello studente che delle donne.

Nella sezione formazione, non si sono evidenziate differenze fra i differenti gruppi di appartenenza religiosa, rispetto al diritto di agire in accordo con la propria coscienza e facendo emergere la loro obiezione di coscienza. Lo studente è consapevole di ciò che sta accadendo ma delinea una situazione di incertezza rispetto alla propria scelta. Gli studenti richiedono la possibilità di raggiungere l'obiettivo formativo in accordo con il rispetto dei loro valori morali ed etici, rispettando quindi la loro decisione di obiezione di coscienza.

È così che si può giungere alla conclusione che l'istituzione deve rendere consapevole lo studente di potersi formare in un ambiente protetto ove i suoi valori morali vengono rispettati e che non vi è obbligo a prendere parte a processi o atti diretti quale l'OdC regolamentata, finché esso non sarà reso competente nel percorso di scelta che si conclude da professionista, con la possibilità di dichiarare la propria eventuale obiezione di coscienza se assunti presso pubbliche amministrazioni.

L'ambiente formativo deve rendersi responsabile di individuare, attraverso la ricerca, gli strumenti e le metodologie più idonee al potenziamento delle competenze in campo di OdC degli studenti e debba individuare strumenti per il raggiungimento di tutti gli obiettivi formativi previsti, che siano però rispettosi dell'eventuale obiezione alla partecipazione a pratiche dirette a causare l'IVG. L'istituzione deve porsi in relazione con gli studenti, creando una partnership che garantisca il diritto al rispetto dei valori morali di ogni singolo studente come entità unica, le cui peculiarità siano rese una risorsa per il futuro professionista, condotto ad una scelta informata, consapevole e condivisa rispetto all'OdC, tramite un percorso formativo più adeguato.

La frase scritta da una studente: *'Non penso che la conoscenza della normativa sia sufficiente secondo me in queste situazioni prima di tutto bisogna "saper stare" più del "saper fare"*, rende la ragione di questo lavoro che ha le sue radici nello stare di fronte all'obiezione di coscienza nel tentativo di poter meglio accompagnare lo studente nella sua piena espressione di umanità.

Bibliografia

- Assemblea Generale delle Nazioni Unite (1948) *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, Parigi.
- Assemblea Generale delle Nazioni Unite (1966) *Patto internazionale sui Diritti Civili e Politici*, New York.
- Beauchamp T., Childress J., (1979) *Principles of biomedical ethics*. 1th ed. Oxford University Press, New York.
- Beauchamp T., Childress J., (2008) *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. Oxford University Press, New York.
- Bengtsson-Agostino M., Wahlberg V., (1991) Nursing student's attitudes toward abortion and family planning in Italy and Sweden. *Scan J Caring Sci* 5:8792
- Bertolino R., (1994) *L'obiezione di coscienza moderna. Per una fondazione costituzionale del diritto di obiezione*. Giappichelli, Torino.
- Brown B. P., Hasselbacher L., Chor J., (2016) *Whose Choice? Developing a Unifying Ethical Framework for Conscience Laws in Health Care*. *Obstet Gynecol.*;128(2):391-5.
- Carr B., Gates M.F., Mitchell A., Shah R., (2012) *Giving women the power to plan their families*. *Lancet*. 14;380(9837):80-2
- CGB Commissione Generale di Bioetica (2011) *Obiezione di coscienza*.
- CNB Comitato Nazionale per la Bioetica (1991) *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*.
- CNB Comitato Nazionale per la Bioetica (1998) *La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico*.
- CNB Comitato Nazionale per la Bioetica (2004) *Nota sulla contraccezione d'emergenza*.
- CNB Comitato Nazionale per la Bioetica (2011) *Nota in merito alla obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di contraccettivi d'emergenza*.
- CNB Comitato Nazionale per la Bioetica (2012) *Obiezione di coscienza e bioetica*.
- Consiglio d'Europa, (2010) Risoluzione n. 1763, *Il diritto all'obiezione di coscienza nelle prestazioni sanitarie garantite per legge*. Atti dell'assemblea Parlamentare Consiglio d'Europa del 7.10.2010
- Consiglio d'Europa, (1950) *Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà fondamentali*, Roma.
- Cook R. J., Olaya M. A., Dickens B. M., (2009) Healthcare responsibilities and conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 104 249-252
- Cignacco E. Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nurs. Ethics* 2002; 9: 179–191.
- Curlin F. A., Lawrence R. E., et al (2007) Religion, conscience and controversial practices. *N Engl J Med*, 356:593-600
- Dickens B. M., (2000) Ethical and medical issues in reproductive health. The scope and limits of conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 71:71-77
- Echeverría B. C., Serani M. A., Arriagada U. AM., Goic G. A., Herrera C. C., Quintana V. C., Rojas O. A., Ruiz-Esquide G., Salinas R. R., Taboada R. P., Vacarezza Y. R., (2015) *An ethical and medical perspective on the voluntary termination of pregnancy*. *Rev Med Chil.* ;143(11):1478-83
- European Committee of Social Rights (2012) *International Planned Parenthood Federation European Network v. Italy*. Compliant No.87/2012. European Social Charter, 3 sett. 2012
- GMC General Medical Council (2006), *Core Education Outcomes: GMC Educational Committee Position Statement*.
- Green J., (1993) Ethics and late TOP, *Lancet*, 342:1179
- Fahy K. M., Thompson F., Harrison K., (1998) *Do we need a different ethic for midwifery partnership? A presentation to the 9th annual international critical and feminist perspectives in nursing conference*, 24-26 June 1998, Adelaide.

- FIGO (2006) Committee Report: Ethical Guidelines on conscientious objection, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 92, 333-334
- FIGO (2008) Committee Report: Ethical Framework for gynecologic and obstetric care, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 101, 218
- Flamigni C., (2008) *L'aborto. Storia e attualità di un problema sociale*, Edizioni Pendragon, luglio 2014
- FNCO (2010) *Codice Deontologico dell'Ostetrica/o*, (2010, intergrazioni e revision 2014)
- FNOMCeO (2014) *Codice di Deontologia medica*, Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
- Gallo G., (2011) *L'obiezione di coscienza in Europa*, Alice Comunicazione, Roma
- Gemma G., "Brevi note critiche contro l'obiezione di coscienza", in Botta (a cura di), *L'obiezione di coscienza tra tutela della libertà e disgregazione dello Stato democratico*, Milano 1991, pp. 319-338; e "Obiezione di coscienza ed osservanza dei doveri", in Mattarelli (a cura di), *Doveri*, franco Angeli, milano, pp 55-74.
- Gilligan C., (1982) *In a different Voice*, Harvard University Press.
- International Confederation of Midwives (1993) *Codice Etico Internazionale dell'Ostetrica/o*, adottato dall'ICM il 6 maggio 1993.
- L.A.I.G.A. Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'Attuazione della legge 194 (2013) Atti del 2° Convegno Nazionale Laiga, Roma 8 e 9 marzo 2013.
- MarshallJ., Raynor M., (2002) Conscientious objection 1: legal and ethical issues. *British Journal of Midwifery*, 10, 6: 389-392
- MarshallJ., Raynor M., (2002) Conscientious objection 2: professional responsibilities. *British Journal of Midwifery*, 10, 6: 389-392
- Mauri P. A., Ceriotti E., Soldi M., Guerrini Contini N. N., (2015) Italian midwives' experiences of late termination of pregnancy. A phenomenological–hermeneutic study. *Nursing and Health Sciences*, 17, 243-249
- Mill J. S. (1861) Utilitarianism, in (a cura di) Pairman S., et al., (2015) *Midwifery. Preparation for practice 3th ed.* Elsevier Australia, Sydney.
- Minerva F., (2014) Conscientious objection in Italy. *J Med Ethics*, Feb;41(2):170-3
- Ministero della Salute (2012) *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per l'atutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza* (Legge 194/78), Roma.
- Ministero della Salute (2014) *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per l'atutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza* (Legge 194/78), Roma.
- Mizuno M. Confusion and ethical issues surrounding the role of Japanese midwives in childbirth and abortion: a qualitative study. *Nurs. Health Sci.* 2011; 13: 502–506.
- Pairman S., Tracy S., Thorogood C., PincombeJ., (2010) *MidwiferyMidwifery. Preparation for practice 3th ed.* Elsevier Australia, Sydney.
- Parlamento Europeo (1994) *Risoluzione n. A3-09411/93 sull'obiezione di coscienza negli Stati membri della Comunità*. Strasburgo
- Picozzi M., (2005) Spunti per riflettere. La legge sulla procreazione medicalmente assistita. Insubria University Press.
- Picozzi M., Consolandi V., Siano S., (2012) Fino a quando? La rinuncia ai trattamenti sanitari. Edizioni San Paolo.
- Robertson A., (1997) *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto*. McGraw Hill Libri Italia, Milano.
- Rodriguez D., (2010) *Professione ostetrica/o. Aspetti di medicina legale e responsabilità*. 2nd ediz. Eleda.

Rodriguez-Calvo M. S., Martinez-Silva I. M., Soto J. L., Concheiro L., Munoz-Barus J.I., (2012) University students attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy, *Legal Medicine*, 14, 209-213

Sala R., (2003) Bioetica e pluralismo dei valori. Tolleranza, principi, ideali morali. Editore, Liguori.

Sala R., (2014) Filosofia per i professionisti della cura. Carocci Editore, Roma.

Savaliscu J., (2006) Conscientious objection in medicine. *BMJ*, 332:294-7

Scirè G., (2011) *L'aborto in Italia*, Bruno Mondadori, Milano.

Strickland S., (2012) Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey, *J Med Ethics* 38: 22-25

Thompson F. E., (2002) Moving from codes of ethics to ethical relationships for midwifery practice, *Nursing Ethics*, 9, 5: 522-536

Thompson F. E., (2001) The ethical nature of the mother midwife relationship: a feminist perspective (Dissertation). *Toowoomba*, University of Southern Queensland.

ALLEGATO - QUESTIONARIO

Codice inserimento
(a cura degli organizzatori)

N. quest.	Sigla CLO

Indagine conoscitiva sul tema dell'Obiezione di Coscienza negli Studenti del CdL in Ostetricia delle Università Lombarde

QUESTIONARIO

Gent.ma/o studente Ostetrica/o,
stiamo conducendo un'indagine conoscitiva sul tema dell'Obiezione di coscienza negli studenti del CdL in Ostetricia. Ti chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande, indicando il tuo grado di accordo/disaccordo con le affermazioni elencate o esprimendo la veridicità o falsità delle affermazioni in base alle tue conoscenze.

Il questionario è anonimo e la compilazione richiede pochi minuti. Al termine dell'indagine verrà diffuso il report dei risultati. Ti ringraziamo per la collaborazione.

Il team di ricerca:

ANTONELLA NESPOLI antonella.nespoli@unimib.it

EDDA PELLEGRINI eddapellegrini@gmail.com

Nel questionario i riferimenti legislativi sono:

- Legge 22 maggio 1978 n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" (nel testo citata come Legge 194/'78)
- Legge 19 febbraio 2004 n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" (nel testo citata come Legge 40/2004)
- ACRONIMI:
- IVG: Interruzione Volontaria della Gravidanza
- PMA: Procreazione Medicalmente Assistita
- Data di compilazione _ / _ / _

Sezione 1. Dati socio-anagrafici

1. Et : _

2. Genere: Femminile Maschile

3. Titolo di Studio di Scuola Media Superiore: _

4. Appartenenza religiosa: Cattolica Protestante Atea Agnostica Mussulmana
- Buddista Ebraica Ortodossa
- Altro: _

Sezione 2. Attitudini/Opinioni

Indica il tuo grado di accordo/disaccordo con le seguenti affermazioni.

<i>In generale, penso che:</i>	Molto D'accordo 😊😊	D'accordo 😊	In disaccordo 😞	Molto in Disaccordo 😞😞
5. La Legge 194/1978 sia conosciuta esclusivamente per l'autorizzazione all'interruzione volontaria della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La Legge 194/'78 sia un mezzo per il controllo delle nascite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La Legge 194/'78 riconosce effettivamente il valore sociale della maternità e garantisca il diritto alla procreazione cosciente e responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I consultori familiari contribuiscano a far superare le cause che potrebbero indurre la donna alla IVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nei procedimenti abortivi sia rispettata la dignità personale della donna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tra la manifestazione della volontà di sottoporsi ad IVG e l'intervento sia bene che trascorra un periodo di tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La Legge 194/'78 garantisca effettivamente il diritto alla procreazione cosciente e responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La legge 40/2004 e successive modifiche sia effettivamente volta anche alla tutela della salute degli embrioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ritengo che sia giusto che La legge 194/'78 e 40/2004 tutelino i professionisti sanitari rispetto al diritto di obiezione di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione 3. Conoscenze

Ti chiediamo di rispondere indicando **UNA SOLA** opzione





14. Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è Vero Falso Non so





tenuto a prendere parte alle procedure ed agli interventi relativi alla IVG quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione

- | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 15. L'IVG, dopo i primi 90 giorni, può essere praticata quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 16. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie anche dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 17. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata nel caso di personale dipendente dell'ospedale o della casa di cura, per iscritto al direttore sanitario | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 18. L'obiezione può essere sempre revocata | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 19. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro un mese dal conseguimento dell'abilitazione o dell'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla IVG | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 20. La Regione controlla e garantisce l'attuazione della procedura della IVG anche attraverso la mobilità del personale | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 21. L'obiezione di coscienza può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività sanitarie ausiliarie anche quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 22. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'IVG | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 23. Chiunque cagioni l'IVG senza l'osservanza delle modalità descritte dalla Legge 194/78 è punito con la radiazione dall'albo ma non è prevista reclusione | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 24. Per chi procura l'IVG le pene previste sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 25. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento di procedure e attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di PMA e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 26. La PMA nella sua applicazione pratica si attua con la gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari (ispirandosi al principio della minore invasività) | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 27. Prima del ricorso alla PMA la coppia deve essere informata in maniera dettagliata sui metodi utilizzati, sulle probabilità di successo e sui rischi delle stesse derivanti, circa i problemi etici e possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 28. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento come alternativa alla PMA | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 29. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di PMA può dichiarare la volontà di non essere nominata | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |
| 30. La legge 194/'78 e 40/2004 cita tra i soggetti aventi diritto alla dichiarazione di obiezione di coscienza anche gli studenti dei CdL nelle professioni sanitarie delle Università nazionali | <input type="checkbox"/> Vero | <input type="checkbox"/> Falso | <input type="checkbox"/> Non so |

Sezione 4. Formazione

- | <i>Rispetto alla mia formazione, penso che:</i> | Molto D'accordo
 | D'accordo
 | In disaccordo
 | Molto in Disaccordo
 |
|---|--|---|---|---|
| 31. Il tempo dedicato all'insegnamento della tutela della maternità e dell'obiezione di coscienza all'interno del percorso curriculare sia sufficiente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Gli studenti abbiano il diritto di agire in accordo con la loro coscienza mentre stanno svolgendo il programma di studio, facendo emergere la loro 'obiezione di coscienza' e le convinzioni personali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. L'obiettivo formativo debba prevalere sui valori etici e morali dello studente che deve apprendere comunque le procedure direttamente atte all'interruzione volontaria di gravidanza e alla procreazione medicalmente assistita perché la sua formazione sia completa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Lo studente riceva nel percorso formativo strumenti, modelli o linee guida adeguati per l'analisi etica e la presa di decisioni per risolvere conflitti etici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Lo studente sia a conoscenza delle norme che | | | | |

<i>Rispetto alla mia formazione, penso che:</i>	Molto D'accordo 	D'accordo 	In disaccordo 	Molto in Disaccordo 
tutelano il personale sanitario in merito all'obiezione di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Lo studente dispone di informazioni sufficienti circa le procedure che riguardano l'obiezione di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ti è mai capitato, durante il percorso di formazione, di affrontare un dilemma etico?

Sì No

Se sì, puoi descrivere come è stato affrontato?

Reputi di aver posseduto adeguati strumenti per gestirlo?

Ritieni che la conoscenza della normativa a riguardo dell'obiezione di coscienza sia sufficiente per affrontare dilemmi etici?

Grazie della collaborazione!