

— L'obiezione di coscienza del personale sanitario

Interruzione volontaria della gravidanza: Italia e Svezia a confronto

Healthcare personnel's conscientious objection

Voluntary termination of pregnancy: a comparison between Italy and Sweden

di Alessia Strigini

Abstract. L'obiezione di coscienza è il rifiuto di obbedire a una legge o a un comando dell'autorità, in quanto contrastante con i principi e le convinzioni personali, radicati nella propria coscienza. In Italia, è possibile fare obiezione di coscienza in relazione al servizio militare obbligatorio, ma anche in ambito scientifico contro la sperimentazione animale, e medico, in relazione all'interruzione volontaria della gravidanza (IVG). A questo proposito, però, il numero elevatissimo di obiettori di coscienza tra il personale sanitario nel Paese è stato individuato come una delle cause che rendono l'accesso a tale servizio molto difficile, soprattutto per le donne provenienti dalle aree rurali e/o che si trovano in una condizione socioeconomica precaria. Diametralmente opposta è la situazione in Svezia, dove non è previsto, per il personale sanitario, il diritto di sollevare obiezione di coscienza in relazione all'intervento abortivo, per garantire una piena tutela del diritto alla salute delle donne richiedenti.

Abstract. Conscientious objection is the fact of refusing to obey a particular order or rule or to do a particular type of work for moral or religious reasons. In Italy, it is possible to invoke conscientious objection with regard to military service, experiments on animals and abortion. In this respect, however, the high number of conscientious objectors among the medical personnel in the Country has been pointed out as one of the causes of the difficulties in accessing the service, especially for those women who come from rural areas and/or find themselves in a precarious situation. The situation in Sweden is diametrically opposed: there is no right for the medical personnel to abstain from performing an abortion in the name of conscientious objection, in the main interests of the protection of the right to health of those women who ask for an abortion.

SOMMARIO: 0. Premessa. – 1. Introduzione... – 2. ... in Italia. – 3. ... in Svezia. – 4. Il caso *Grimmark c. Svezia*: la pronuncia della Corte europea dei diritti dell'uomo. – 5. Considerazioni conclusive.

SUMMARY: 0. Premise. – 1. Introduction... – 2. ... in Italy. – 3. ... in Sweden. – 4. European Court of Human Rights, *Grimmark c. Sweden*. – 5. Concluding remarks.

0. Premessa.

La l. 22 maggio 1978, n. 194, che stabilisce la disciplina normativa dell'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), riconosce espressamente il diritto, per il personale sanitario, di sollevare obiezione di coscienza rispetto alle attività necessariamente e specificamente dirette a provocare l'aborto, restando invece escluse l'assistenza antecedente e conseguente l'intervento, nonché quelle circostanze in cui l'azione dell'obiettore sia indispensabile per salvare la vita della donna, in imminente pericolo.

In campo medico, è prevista l'obiezione di coscienza anche nell'ambito delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), introdotte con la l. 22 dicembre 2017, n. 219: secondo il dettato normativo, il medico sarà esente da ogni obbligo professionale, quando le richieste del paziente siano contrarie alla deontologia professionale¹.

Una doverosa premessa riguarda l'inquadramento della questione dell'obiezione di coscienza nell'ambito della responsabilità professionale in campo sanitario, alla luce soprattutto dell'intervento normativo operato con la c.d. Riforma Gelli-Bianco (l. 8 marzo 2017, n. 24), sulle *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*. Come è noto, la legge, in virtù del suo art. 6, introduce nel codice penale l'art. 590-sexies, rubricato *Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria*, il quale pone una causa di esclusione della punibilità quando – qualora i fatti di cui agli artt. 589 (omicidio colposo) e 590 c.p. (lesioni personali colpose) siano stati commessi nell'esercizio della professione sanitaria a causa di imperizia – siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida definite e pubblicate ai sensi di legge, se esse risultano adeguate alle specificità del caso concreto, ovvero le buone pratiche clinico-assistenziali.

Tale riforma risulta dunque incentrata sul rispetto delle "linee guida" o delle "buone pratiche"², in relazione alle quali l'art. 5 fornisce un'articolata puntualizzazione, facendo riferimento ai protocolli elaborati da enti e istituzioni pubbliche o private, nonché da società scientifiche o dalle associazioni tecnico - scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco del Ministero della Salute.

¹ L. 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1.6: «Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali».

² Sul punto D. Pulitanò, *L'attività terapeutica*, in *Id.* (a cura di), *Diritto penale. Parte speciale*. Vol. I, *Tutela penale della persona*, III Ed., Giappichelli, 2019, p. 40.

Orbene, per quanto riguarda l'eventuale responsabilità del medico nelle scelte di fine vita del paziente, si è visto che lo stesso testo normativo prevede l'esenzione del medico da ogni obbligo professionale, quando le richieste del paziente siano contrarie alla deontologia professionale: è possibile dunque affermare che ci si trovi di fronte, in questo caso, a una nuova forma di esclusione di responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, che si aggiunge a quella prevista dal menzionato art. 590-*sexies* c.p.

Manca, invece, qualsiasi previsione analoga con riferimento all'obiezione di coscienza di fronte all'interruzione volontaria della gravidanza. Come si è accennato, e come verrà approfondito nel presente contributo, secondo la normativa vigente il diritto di obiezione è tutelato entro lo stretto limite delle attività mediche dirette all'interruzione della gravidanza, esaurite le quali il medico obiettore non può opporre alcun rifiuto dal prestare assistenza alla donna. Né potrà astenersi dall'intervenire in quelle situazioni di particolare gravità, in cui la vita della paziente si trovi in imminente pericolo.

Potranno pertanto verificarsi, in alcune ipotesi, situazioni in cui non emerga con assoluta chiarezza il crinale tra intervento obbligatorio e non, dovuto, il primo, al precipitare della condizione sanitaria della paziente e tali, dunque, da escludere la sussistenza di un diritto all'obiezione.

È necessario richiamare, in proposito, l'intervento esegetico compiuto dalla Corte di Cassazione, al fine di chiarire alcuni dubbi interpretativi derivanti dall'applicazione della legge n. 24 del 2017, con una recente pronuncia delle Sezioni Unite del 2018³. È stato infatti affermato che l'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico - chirurgica «a) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve"), da negligenza o imprudenza; b) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee - guida o dalle buone pratiche clinico - assistenziali; c) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia nella individuazione e nella scelta di linee - guida o di buone pratiche clinico - assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto; d) se l'evento si è verificato per colpa "grave" da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee - guida o buone pratiche clinico - assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico»⁴.

Per quanto concerne la materia trattata in questo contributo, potrebbe risultare configurabile l'ipotesi delineata *sub d)* laddove il medico obiettore, non ritenendo la situazione caratterizzata da un elevato livello di rischio, in contrasto con le indicazioni emergenti dalle linee guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali, omettesse di intervenire, determinando in tal modo la morte della paziente.

³ Cass. pen., sez. un., 22 febbraio 2018, n. 8770. Per un'analisi completa della pronuncia, v. D. Pulitanò, *L'attività terapeutica*, cit., pp. 40 e 41.

⁴ *Idem*.

1. Introduzione...

Il termine obiezione deriva dal latino *obiectio-onis*, che significa contrapposizione, rifiuto. Nel nostro ordinamento, l'obiezione di coscienza è il rifiuto di obbedire a una legge o a un comando dell'autorità, in quanto contrastante con i principi e le convinzioni personali, radicati nella propria coscienza.

L'obiettore di coscienza è dunque il cittadino che al dovere di prestare servizio militare contrappone il proprio rifiuto all'uso delle armi e alle attività a esse collegate; è il ginecologo o l'anestesista che si rifiuta di effettuare un intervento di interruzione volontaria della gravidanza; è il ricercatore che ripudia la sperimentazione sugli animali.

Nell'ambito dell'Unione europea, 21 dei 27 Stati membri contemplano nel proprio ordinamento il diritto per il personale sanitario di sollevare obiezione di coscienza in relazione all'aborto⁵.

Ciò può influire tuttavia sull'effettiva prestazione del servizio: i dati disponibili sono pochi, ma basti pensare, a titolo di esempio, che in Croazia circa il 70% dei medici si dichiara obiettore di coscienza e parecchi ospedali nel Paese non sono più in grado di effettuare interventi abortivi⁶.

In Italia, la percentuale di professionisti sanitari che esercitano il diritto all'obiezione di coscienza è costantemente monitorata, secondo le disposizioni della l. n. 194 del 1978⁷, che ha introdotto nel Paese il diritto all'aborto: tale numero è risultato negli anni assai elevato, con evidenti riflessi sull'effettiva erogazione della prestazione sull'intero territorio nazionale. Per questo l'Italia è stata citata per ben due volte, in tempi recenti, davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali⁸, con l'accusa, da un lato, di aver violato il diritto alla salute delle donne richiedenti l'interruzione volontaria della gravidanza, anche sulla base di considerazioni discriminatorie legate in particolare alla regione di residenza, dall'altro di aver messo in atto un trattamento di tipo discriminatorio sul posto di lavoro, ai danni dei medici ginecologi non obiettori, rispetto ai colleghi obiettori. In entrambi i casi, la violazione dei rispettivi articoli della Carta Sociale Europea è stata ritenuta integrata.

⁵ European Parliament, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, *Sexual and reproductive health rights and the implication of conscientious objection*, 2018, p. 97. Gli Stati membri dove è prevista l'obiezione di coscienza in relazione all'aborto sono: Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Germania, Estonia, Irlanda, Grecia, Spagna, Francia, Croazia, Italia, Lettonia, Lussemburgo, Ungheria, Paesi Bassi, Austria, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, Slovacchia.

⁶ European Parliament, cit., p. 101.

⁷ Art. 16: «Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione.

Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro.

Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero».

⁸ European Committee of Social Rights, *International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy* (no. 87/2012), 10.03.2014; European Committee of Social Rights, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy* (no. 91/2013), 11.04.2016.

Diametralmente opposta alla “nostra” è la situazione in Svezia, uno dei pochi Stati membri dell’Unione europea che non prevede, nel proprio ordinamento, il diritto all’obiezione di coscienza per il personale sanitario, dal momento che le necessità e i diritti dei pazienti sono considerati preminenti e le mansioni ospedaliere vengono organizzate e distribuite in funzione della massima efficienza del sistema sanitario. La mancata previsione del diritto all’obiezione di coscienza è stata oggetto di due giudizi⁹ davanti a organi europei: il primo, davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali, e il secondo, conclusosi all’inizio del 2020, davanti alla Corte EDU. In entrambi i casi, a differenza di quanto avvenuto nel nostro Paese, non è stata riscontrata alcuna violazione.

Lo scopo di questo contributo è mettere a confronto due realtà, quella italiana e quella svedese, tra loro opposte in tema di diritto all’obiezione di coscienza con riguardo all’interruzione volontaria della gravidanza, per evidenziare come la mancata previsione della possibilità di dichiararsi obiettori, e quindi astenersi dall’effettuare interventi abortivi, possa non costituire una violazione dei diritti umani del personale sanitario, qualora si riveli necessaria al fine di garantire la tutela del diritto alla salute delle donne richiedenti l’intervento abortivo.

2. ... in Italia.

In Italia, la possibilità legale di interruzione volontaria della gravidanza è stata introdotta con la famosa l. 22 maggio, 1978, n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza*. Questa permette alla donna, «che accusi [entro i primi novanta giorni] circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito»¹⁰, di rivolgersi a un consultorio pubblico, a una struttura socio-sanitaria messa a disposizione dalla regione, o ancora al suo medico di fiducia, al fine di interrompere volontariamente la gravidanza. Non è ammesso, quindi, richiedere un aborto senza fornire una motivazione; di fatto, però, la normativa lo permette in qualsiasi situazione, entro i primi 90 giorni.

Superato questo termine, alla donna sarà permesso abortire solo quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della stessa, ovvero quando siano stati accertati processi patologici tali, da determinare un grave pericolo per la sua salute fisica o psichica¹¹.

Insieme al diritto di abortire, all’art. 9 della l. n. 194 del 1978 viene introdotto anche quello, per il personale medico e sanitario, di scegliere se praticare o meno le attività

⁹ European Committee of Social Rights, *Federation of Catholic Families in Europe (FAFCE) v. Sweden* (no. 99/2013), 27.07.2015; Corte europea dei diritti dell’uomo, sez. III, *Grimmark v. Sweden*, app. no. 43726/17, 11.02.2020.

¹⁰ L. 22 maggio 1978, n. 194, art. 4.

¹¹ *Idem*, art. 6.

specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza: il diritto, cioè, di sollevare obiezione di coscienza, tramite dichiarazione che può essere rilasciata (e revocata) in qualsiasi momento¹².

Tale diritto non è illimitato e lo stesso art. 9 vi pone alcune eccezioni. Innanzitutto, al par. 3, è previsto l'esonero per il personale medico e sanitario solo dal praticare le attività direttamente finalizzate a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dal prestare l'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Un rifiuto in tal senso potrà integrare gli estremi del delitto di rifiuto di atti d'ufficio ex art. 328 c.p.: così ha ritenuto la Corte di Cassazione con riguardo a un medico obiettore di coscienza che, chiamato ad assistere una paziente, precedentemente sottoposta a intervento abortivo mediante somministrazione farmacologica da un altro professionista, si era rifiutato di visitarla e assisterla nel "secondamento" (la fase espulsiva), nonostante le richieste di intervento dell'ostetrica, preoccupata per i possibili rischi di emorragia, e i successivi ordini di servizio impartiti telefonicamente dal primario e dal direttore sanitario. Nel caso di specie, la Corte ha ritenuto integrato il delitto ex art. 328 c.p. «dal momento che il rifiuto ha riguardato un atto sanitario, peraltro richiesto con insistenza da personale infermieristico e medico, in una situazione di oggettivo rischio per la paziente che non aveva ancora espulso la placenta [...] il medico ha comunque l'obbligo di recarsi immediatamente a visitare il paziente al fine di valutare direttamente la situazione, soprattutto se a richiedere il suo intervento sono soggetti qualificati – come è accaduto nella specie –, in grado cioè di valutare la effettiva necessità della presenza del medico; peraltro, che fosse necessario un medico è dimostrato dal fatto che, dopo il rifiuto dell'imputata, è dovuto intervenire il [...] primario del reparto e obiettore anch'egli, che l'ha assistita nella fase finale del secondamento eseguita manualmente»¹³.

Sul punto, la Corte ha dunque precisato che «la legge tutela il diritto di obiezione entro lo stretto limite delle attività mediche dirette all'interruzione della gravidanza, esaurite le quali il medico obiettore non può opporre alcun rifiuto dal prestare assistenza alla donna. D'altra parte, il diritto all'aborto è stato riconosciuto come ricompreso nella sfera di autodeterminazione della donna e se l'obiettore di coscienza può legittimamente rifiutarsi di intervenire nel rendere concreto tale diritto, tuttavia non può rifiutarsi di intervenire per garantire il diritto alla salute della donna, non solo nella fase conseguente all'intervento di interruzione della gravidanza, ma come si è visto, in tutti i casi in cui vi sia un imminente pericolo di vita»¹⁴.

¹² Quello di sollevare obiezione di coscienza è, in Italia, un diritto costituzionalmente garantito, sulla base di una lettura combinata degli artt. 2, 3, 13 e 19 Cost., non solo quindi in relazione all'interruzione volontaria della gravidanza. Il legislatore era già intervenuto per la disciplina dell'obiezione di coscienza in relazione al servizio militare obbligatorio, ora soppresso, con la l. 15 dicembre 1972, n. 772 (c.d. Legge Marcora), seguita dal relativo regolamento di attuazione di cui al d.P.R. 28 novembre 1977, n. 1139 (*Norme di attuazione della legge 15 dicembre 1972, n. 772, sul riconoscimento dell'obiezione di coscienza*), che permetteva agli obiettori di scegliere il servizio civile sostitutivo obbligatorio, di durata di 8 mesi superiore alla durata del servizio militare (motivo di censura da parte della Corte Costituzionale, con sentenza 19 luglio 1989, n. 470).

Rilevano, poi, la disciplina di cui alla l. n. 413 del 1993, in tema di obiezione di coscienza alla sperimentazione animale, e quella dell'art. 16 della l. n. 40 del 2004, che riconosce l'obiezione di coscienza alla procreazione medicalmente assistita.

¹³ Cass. pen., sez. VI, 2 aprile 2013, n. 14979, par. 4.2.

¹⁴ *Idem*, par. 4.1.

E difatti, come espressamente stabilito dall'art. 9 par. 5 della l. n. 194 del 1978, qualora l'intervento di un obiettore sia indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo, questi non potrà invocare l'obiezione di coscienza ed esimersi dall'intervenire. Infine, è posto l'obbligo per gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate di assicurare lo svolgimento effettivo degli interventi di interruzione della gravidanza; spetta alla Regione di riferimento controllare e garantire l'attuazione, anche attraverso la mobilità del personale¹⁵.

A seguito dell'introduzione della l. n. 194 del 1978, secondo i dati ISTAT, il picco del numero di interventi di interruzione di gravidanza praticati in un anno è stato raggiunto nel 1982, con 234.593 aborti; è poi progressivamente sceso, arrivando a quota 80.733 nel 2017¹⁶. La riduzione del numero di gravidanze indesiderate, conseguente alla diffusione dei metodi di contraccezione, rappresenta sicuramente un fattore determinante di questo andamento.

Eppure, non può essere considerato ininfluenza il fatto che, al contrario, il numero di obiettori di coscienza sia aumentato. Nel 2017, il 68,4% del totale dei ginecologi italiani era obiettore¹⁷, con un notevole divario nella distribuzione a livello regionale: tra i numeri più elevati, il Molise con il 96,4% di ginecologi obiettori, la Basilicata con l'88,1%, la Provincia autonoma di Bolzano con l'85,2% e la Sicilia con l'83,2%; all'estremo opposto si colloca invece la Valle d'Aosta, dove appena il 17,6% dei ginecologi a livello regionale è composto da obiettori di coscienza¹⁸.

Per quanto riguarda il personale non medico e gli anestesisti, la percentuale di professionisti obiettori di coscienza nel 2017 in Italia era, rispettivamente, del 38,9% e del 45,6%¹⁹.

Come emerge dai dati riportati, dunque, in alcune Regioni di Italia l'accesso all'intervento di interruzione volontaria della gravidanza è, di fatto, praticamente impossibile.

La l. n. 194 del 1978 pone per gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate l'obbligo di assicurare lo svolgimento effettivo degli interventi di interruzione della gravidanza, eppure, come emerge dalla relazione del Ministero della Salute, il servizio è disponibile solo nel 64,5% delle strutture che hanno un reparto di ostetricia e/o ginecologia²⁰.

¹⁵ *Idem*, art. 9, par. 4.

¹⁶ Ministero della Salute, *Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza*, dati definitivi 2017, Roma, 31 dicembre 2018, p. 11. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2807_allegato.pdf.

¹⁷ *Idem*, p. 46.

¹⁸ *Idem*, tabella 28.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Idem*, p. 47.

Tra quelle in cui il servizio non è disponibile, si segnala il caso peculiare del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma, presso il quale, come dichiarato dalla Carta delle finalità dell'istituto, vi è, di fatto, l'obbligo per studenti e docenti di praticare l'obiezione di coscienza e nei corsi di specializzazione non vengono impartiti insegnamenti relativi a metodi di contraccezione, aborto e manipolazione degli embrioni²¹.

I dati registrati dall'ISTAT con riferimento al 2017, peraltro, riflettono una tendenza che si è accentuata nel Paese nel corso degli anni, suscitando, soprattutto nell'ultimo decennio, non poche preoccupazioni riguardo alla possibilità concreta di abortire, in maniera omogenea, su tutto il territorio nazionale.

Tali preoccupazioni, tutt'altro che astratte, sono sfociate in ben due giudizi davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali, nei quali l'Italia è stata convenuta per violazione dell'art. 11 (diritto alla protezione della salute) della Carta Sociale Europea²², proprio per la mancata garanzia dell'accesso all'interruzione di gravidanza.

Nel caso *International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy* (n. 87/2012), l'IPPF EN sosteneva che, a causa dell'elevato numero di obiettori di coscienza tra il personale medico e non, l'obbligo di assicurare l'esecuzione effettiva degli interventi di interruzione della gravidanza, posto dall'art. 9 par. 4 della l. n. 194 del 1978 a carico degli enti ospedalieri e delle case di cura autorizzate, non fosse stato rispettato nella pratica, integrando una violazione del diritto alla salute, garantito dall'art. 11 della Carta Sociale Europea. Riteneva dunque l'IPPF EN che mancassero delle previsioni specifiche, nella normativa di riferimento, volte ad assicurare alle donne la possibilità effettiva di sottoporsi all'interruzione volontaria della gravidanza, in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Per questo motivo, parte ricorrente allegava anche una violazione dell'art. E (non discriminazione)²³, in combinato disposto con l'art. 11, non essendo l'aborto garantito a tutte le donne in maniera uguale, a causa delle differenze notevoli nella presenza di personale medico non obiettore tra le varie Regioni.

²¹ *Carta delle finalità dell'Università Campus Bio-Medico di Roma*, art. 10: «Il personale docente e non docente, gli studenti e i frequentatori dell'Università si impegnano a rispettare la vita dell'essere umano dal momento iniziale del concepimento fino alla morte naturale. Essi considerano l'aborto procurato e la cosiddetta eutanasia come crimini in base alla legge naturale; per tale motivo si avvarranno del diritto di obiezione di coscienza previsto dall'art. 9 della legge 22 maggio 1978 n. 194. Si ritiene inoltre inaccettabile l'uso della diagnostica prenatale con fini di interruzione della gravidanza ed ogni pratica, ricerca o sperimentazione che implichi la produzione, manipolazione o distruzione di embrioni», disponibile su: https://www.unicampus.it/documents/UCBM_Carta_delle_finalita.pdf.

²² Consiglio d'Europa, *Carta Sociale Europea*, Strasburgo, 3 maggio 1996, art. 11: «Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le Parti s'impegnano ad adottare sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare: 1) ad eliminare per quanto possibile le cause di una salute deficitaria; 2) a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute; 3) a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni», disponibile su: <https://rm.coe.int/168047e179>.

²³ *Idem*, art. E: «Il godimento dei diritti riconosciuti nella presente Carta deve essere garantito senza qualsiasi distinzione basata in particolare sulla razza, il colore della pelle, il sesso, la lingua, la religione, le opinioni politiche o ogni altra opinione, l'ascendenza nazionale o l'origine sociale, la salute, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, la nascita o ogni altra situazione».

Nella propria decisione, il Comitato considera innanzitutto che «l'erogazione dei servizi abortivi deve essere organizzata in maniera tale da andare incontro ai bisogni delle pazienti che ne facciano richiesta. Ciò implica la necessità di adottare misure adeguate ad assicurare la disponibilità di personale sanitario non obiettoro dove necessario, tenendo presente che non è possibile prevedere numeri e tempistiche di tali richieste [...]. Bisogna adottare misure adeguate, affinché sia assicurata alle donne la possibilità di abortire quando lo richiedano»²⁴.

Come sostenuto dall'organizzazione denunciante, il Comitato riconosce che l'Italia presenta una serie di problematiche in relazione all'accesso all'intervento di interruzione volontaria della gravidanza, tra cui: una costante diminuzione, nel corso degli anni, del numero delle strutture ospedaliere dove è possibile abortire; un numero significativo di strutture dove l'aborto è garantito, ma mancano, in concreto, ginecologi non obiettori, ovvero ce n'è solo uno; un divario notevole tra il numero di richieste di interventi abortivi e quello del personale disponibile; tempi di attesa eccessivi; impossibilità di sostituire i medici non obiettori quando sono in ferie/in malattia/vanno in pensione; operatori sanitari che si rifiutano di prestare la dovuta assistenza *pre e post* operatoria in caso di aborto²⁵.

Alla luce di tutto ciò, il Comitato riconosce che vi sono molti problemi nell'erogazione dell'intervento di interruzione volontaria della gravidanza in Italia e le donne che vogliono sottoporsi all'intervento possono incontrare difficoltà oggettive. In alcuni casi, addirittura, visto il carattere di urgenza che contraddistingue questo tipo di intervento, alcune possono essere costrette a rivolgersi a strutture diverse, dentro o fuori dal Paese, se non, addirittura, a sottoporsi a un intervento clandestino²⁶. Si è in presenza, dunque, di una palese violazione dell'art. 11 della Carta Sociale Europea.

Il Comitato ritiene fondato anche il secondo motivo di doglianza e riconosce, quindi, la violazione dell'art. E, in combinato disposto con l'art. 11, dal momento che «Sulla base delle informazioni fornite dall'organizzazione ricorrente e non contraddette dal Governo, il Comitato rileva che, come risultato della mancanza di professionisti sanitari non obiettori in varie strutture italiane, in alcuni casi le donne sono costrette a spostarsi da un ospedale all'altro nel Paese o all'estero [...], in alcuni casi, con pregiudizio per la propria salute. Perciò, il Comitato ritiene che queste donne sono trattate in maniera differente rispetto ad altre nella medesima situazione, relativamente alla possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie, senza alcuna giustificazione»²⁷.

²⁴ European Committee of Social Rights, *International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy*, cit., par. 163-164. «The provision of abortion services must be organised so as to ensure that the needs of patients wishing to access these services are met. This means that adequate measures must be taken to ensure the availability of non-objecting medical practitioners and other health personnel when and where they are required to provide abortion services, taking into account the fact that the number and timing of requests for abortion cannot be predicted in advance. [...] adequate measures must be put into place to ensure that women are able to access abortion services as and when they are required».

²⁵ *Idem*, par. 169.

²⁶ *Idem*, par. 174-175.

²⁷ *Idem*, par. 191: «Based on the information provided by the complainant organisation and not contradicted by the government, the Committee notes that, as a result of the lack of non-objecting medical practitioners and other health personnel in a number of health facilities in Italy, women are forced in some cases to move from one hospital to another within the country or to travel abroad [...] in some cases, this is detrimental to the health

Un anno dopo l'Italia è nuovamente convenuta in giudizio davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali per una serie di inadempienze in materia di interruzione volontaria della gravidanza e obiezione di coscienza. Ferma restando la pronuncia precedente per quanto riguarda la violazione dell'art. 11, da solo e in combinato disposto con l'art. E, da questo secondo giudizio è emersa una problematica ulteriore: la CGIL, infatti, adduceva una violazione anche dell'art. 1 par. 2²⁸, che proibisce la discriminazione sul lavoro, dal momento che il personale medico non obiettore risultava, di fatto, discriminato, in termini di carico di lavoro, opportunità di carriera e tutela della propria salute e sicurezza. Il numero insufficiente di medici non obiettori che praticano l'aborto significava, per costoro, un carico di lavoro eccessivo²⁹.

Sulla discriminazione in ambito lavorativo, il Comitato ricorda innanzitutto che «l'art. 1 §2 impone agli Stati firmatari l'obbligo di garantire ai lavoratori il diritto di guadagnarsi da vivere attraverso un lavoro liberamente scelto. Quest'obbligo comporta, tra l'altro, l'eliminazione di ogni forma di discriminazione sul lavoro, al di là della natura del rapporto professionale. [...] Per discriminazione deve intendersi la differenza di trattamento tra soggetti che si trovano in condizioni analoghe, quando tale differenza non sia messa in atto per raggiungere uno scopo legittimo, non si basi su elementi oggettivi o risulti sproporzionata rispetto all'obiettivo perseguito. [...] Può esserci una discriminazione indiretta quando non siano state prese in debita considerazione tutte le differenze esistenti tra individui in situazioni analoghe, ovvero quando non siano state adottate tutte le misure necessarie a garantire l'effettiva fruibilità di quei diritti e vantaggi collettivi che devono essere aperti a tutti»³⁰.

Il Comitato considera che il personale medico obiettore e non obiettore possano costituire due gruppi di raffronto, dal momento si trovano in una situazione paragonabile, hanno le stesse qualifiche e lavorano nello stesso settore. Alla luce di questo e delle prove addotte da CGIL, ritiene che in Italia i medici non obiettori soffrano, rispetto agli obiettori, di un trattamento differenziale in senso negativo, perché praticano interventi di interruzione volontaria della gravidanza, e dunque per il solo fatto di agire in conformità con la legge. Non vi è, afferma, alcuna motivazione razionale o obiettiva alla base di questa

of the women concerned. Therefore, the Committee holds that the women concerned are treated differently than other persons in the same situation with respect to access to health care, without justification».

²⁸ Consiglio d'Europa, *Carta Sociale Europea*, cit., art. 1 «[parte I] Ogni persona deve avere la possibilità di guadagnarsi la vita con un lavoro liberamente intrapreso.

[parte II] Per garantire l'effettivo esercizio del diritto al lavoro, le Parti s'impegnano: [...] 2) a tutelare in modo efficace il diritto del lavoratore di guadagnarsi la vita con un lavoro liberamente intrapreso».

²⁹ European Committee of Social Rights, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy*, cit.

³⁰ *Idem*, parr. 235-237: «article 1§2 requires the States having accepted it to effectively protect the right of workers to earn their living in an occupation freely entered upon. This obligation requires, inter alia, the elimination of all forms of discrimination in employment regardless of the legal nature of the professional relationship. [...] Discrimination is defined as a difference in treatment between persons in comparable situations, where the treatment does not pursue a legitimate aim, is not based on objective and reasonable grounds or is not proportionate to the aim pursued. [...] Indirect discrimination may arise by failing to take due and positive account of all relevant differences between persons in a comparable situation or by failing to take adequate steps to ensure that the rights and collective advantages that are open to all are genuinely accessible by and to all».

differenziazione di trattamento³¹, che integra invece una violazione dell'art. 1 par. 2 della Carta.

L'esercizio massiccio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario, dunque, limita fortemente le possibilità di usufruire dell'interruzione volontaria della gravidanza nel Paese, tanto da chiedersi se, al contrario di quanto affermato nel *report* annuale del Ministero della Salute³², questo non possa rientrare a ragione tra i fattori preponderanti alla base della menzionata riduzione del numero di aborti nel corso degli anni³³. Come emerso dai dati, la percentuale di personale sanitario obiettore di coscienza è assai elevata e la disparità in termini di accesso al servizio a livello regionale è altissima, essendo tale accesso, di fatto, quasi impossibile in alcune aree: ciò significa che molte donne sono costrette a rivolgersi a strutture private o fuori dalla loro Regione di residenza, con la conseguenza di un notevole svantaggio, finanche di una disparità di trattamento, a danno di quelle che provengono da aree rurali o che si trovano in una condizione socioeconomica più svantaggiata³⁴.

3. ... in Svezia.

Come detto in precedenza, il sistema svedese, diametralmente opposto a quello italiano, non prevede il diritto all'obiezione di coscienza per il personale ospedaliero, in nome dell'efficienza del sistema sanitario e della tutela del diritto alla salute dei propri cittadini.

La possibilità di abortire, a determinate condizioni, venne introdotta in Svezia all'inizio del 1939³⁵. Era inizialmente previsto che una donna potesse accedere all'interruzione volontaria della gravidanza qualora proseguirla avrebbe messo a rischio la propria vita o salute, in caso di stupro o quando vi fosse il rischio che il bambino nascesse affetto da gravi patologie fisiche e mentali. Nonostante l'apertura statale all'aborto, le concrete possibilità di richiederlo e ottenerlo erano molto basse, mentre altissimo era ancora il numero di interventi clandestini³⁶.

La normativa attualmente in vigore, con alcune modifiche, è stata introdotta nel 1975 (SFS 1974:595): è possibile accedere all'interruzione volontaria della gravidanza, su richiesta e senza dover addurre alcuna giustificazione, entro le prime 18 settimane di

³¹ *Idem*, par. 245.

³² Ministero della Salute, *Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità...*, cit., pp. 46-53.

³³ European Parliament, *Sexual and reproductive health rights...*, cit., pp. 102-103.

Sugli studi più recenti, cfr. E. Caruso, *Abortion in Italy: Forty Years On*, in *Feminist Legal Studies*, 28 gennaio 2020, disponibile su: <https://doi.org/10.1007/s10691-019-09419-w>; T. Autorino et al., *The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access*, in *Social Science Research*, 22 gennaio 2020, disponibile su: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>.

³⁴ *Idem*, pp. 104-105.

³⁵ The Abortion Act governing termination of pregnancy, 1938:318.

³⁶ F. Myrra Hellgren, *Conscientious Objection and Access to Lawful Abortion in the Council of Europe System - Does Conscientious Objection Undermine Legal Abortion Rights?*, Lund University, 2014, p. 59.

gestazione³⁷; superato questo termine, è possibile abortire previa autorizzazione del Consiglio nazionale per la salute e il benessere, che sarà concessa solo in presenza di circostanze eccezionali³⁸.

La normativa è molto chiara anche per quanto riguarda l'obiezione di coscienza: qualora un operatore sanitario si rifiuti intenzionalmente di effettuare un intervento abortivo o di prestarvi assistenza³⁹, verrà segnalato al Consiglio nazionale per la salute e il benessere e verrà multato o condannato a un massimo di sei mesi di detenzione.

La Svezia è dunque uno dei pochi Stati europei che non prevede, nel proprio ordinamento, il diritto all'obiezione di coscienza per il personale sanitario, indipendentemente dalle motivazioni religiose o morali addotte: i diritti e i bisogni dei pazienti sono ritenuti preminenti rispetto a quelli degli operatori sanitari⁴⁰.

Se qualcuno di questi ultimi dovesse richiedere (cosa che di fatto avviene) di essere esonerato dall'effettuare determinati interventi, come quello di interruzione volontaria della gravidanza, perché obiettore di coscienza, il capo reparto, ovvero il direttore della clinica, potrebbero decidere di assegnarlo a mansioni diverse o a un altro reparto. Il personale sanitario non gode, però, di alcun diritto in tal senso: un'eventuale riassegnazione può essere disposta, sulla base di un'analisi caso per caso, in funzione dell'efficienza del servizio sanitario e della qualità dell'ambiente di lavoro. Si tratta, dunque, di una mera opzione per il datore di lavoro, subordinata all'obbligo di garantire il funzionamento e la qualità del servizio sanitario⁴¹.

La legislazione laburista svedese prevede infatti il diritto, in capo al datore di lavoro, di decidere le mansioni di ciascuno dei propri dipendenti e di organizzare le loro attività in base a ciò che questi ultimi sono legalmente tenuti a fare, non essendo ravvisabile, invece, un corrispondente diritto del lavoratore di essere riassegnato o esonerato da determinate mansioni. Così, se un soggetto insiste nella richiesta di riassegnazione o spostamento in un altro reparto, in presenza del diniego da parte del datore di lavoro, e si rifiuta di effettuare determinate incombenze, vi sono tre possibilità: accettare una penalità, come la riduzione del salario; essere licenziato; dare le dimissioni e cercare un nuovo lavoro.

³⁷ Il testo della norma è disponibile, in parte e in lingua inglese, in European Committee of Social Rights, *Federation of Catholic Families in Europe (FAFCE) v. Sweden* (no. 99/2013), 27 luglio 2015, par. 29: «Section 1: If a woman requests termination of her pregnancy, an abortion may be performed if the procedure is performed before the end of the eighteenth week of pregnancy and it may not be assumed that it will entail serious danger to the woman's life or health on account of her having an illness. Act (1995:660)».

³⁸ *Ibidem*: «Section 3: After the end of the eighteenth week of pregnancy an abortion may be performed only if the National Board of Health and Welfare has granted the woman permission for the procedure. Such permission may only be granted if exceptional grounds exist for the abortion. Permission under the provisions of the first section of this paragraph may not be granted if there is reason to assume that the foetus is viable. [...] Section 6: If it may be assumed that the pregnancy entails grave danger to the life or health of the woman, on account of her having an illness or bodily defect, the National Board of Health and Welfare may give permission to terminate the pregnancy after the end of the eighteenth week of pregnancy, regardless of how far the pregnancy has progressed».

³⁹ *Ibidem*: «Section 4: If an abortion in a case referred to under Section 1 is refused, the matter shall be immediately referred to the National Board of Health and Welfare for review».

⁴⁰ European Parliament, *Sexual and reproductive health rights...*, cit., pp. 97 ss.

⁴¹ C. Munthe, *Conscientious refusal in healthcare: the Swedish solution*, in *J Med Ethics*, 2017, 43, pp. 257-259.

Questo, indipendentemente dall'area in cui il lavoratore opera e dai motivi alla base della sua richiesta. Tali previsioni si applicano, dunque, anche in caso di obiezione di coscienza⁴².

L'omessa tutela degli obiettori di coscienza nel Paese è stata lamentata davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali dalla Federation of Catholic Families in Europe (FAFCE). Nel ricorso, proposto nel 2013, la FAFCE citava la Svezia per un'asserita violazione dell'art. 11 della Carta Sociale Europea, per non aver previsto un quadro giuridico chiaro e comprensivo in relazione all'esercizio dell'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario svedese⁴³. Erano contestati, inoltre, un numero troppo elevato di aborti; l'autorizzazione di aborti dopo le 18 settimane da parte del Consiglio nazionale per la salute e il benessere, anche in caso di feto vitale e non compromesso; aborti eugenetici e basati su una selezione del sesso e altre accuse dello stesso tenore.

In relazione alla mancata definizione di un quadro legislativo chiaro relativamente agli obiettori di coscienza, il Comitato sottolinea innanzitutto come l'art. 11 non imponga agli Stati un obbligo positivo di prevedere un diritto all'obiezione di coscienza per gli operatori sanitari, essendo tale norma finalizzata, piuttosto, a garantire alle donne in stato di gravidanza (destinatari primarie della disposizione) l'accesso adeguato alle cure mediche⁴⁴.

Non sussiste, ad avviso del Comitato, una violazione dell'art. E, in combinato disposto con l'art. 11, sulla base di una presunta discriminazione nei confronti degli obiettori di coscienza in ambito sanitario, essendosi infatti ribadita l'inapplicabilità, come si è detto, dell'art. 11 in questo contesto.

Per quanto riguarda, invece, le accuse di aborti di feti vitali e non compromessi, eugenetici o selettivi del sesso, il Comitato ritiene che «con il ricorso proposto la FAFCE vuole ampliare l'ambito di applicazione soggettivo della Carta anche ai soggetti non ancora nati. [...] Il ricorso tocca un argomento assai delicato per molti degli Stati firmatari, cioè il momento in cui inizia la vita, circostanza a cui sarà data una risposta differente in base alla diversità dei valori e delle tradizioni vigenti in ciascuno di essi. [...] Gli Stati firmatari godono di un ampio margine di discrezionalità nel decidere quando inizi la vita e, pertanto, spetta a ogni Stato determinare, entro detto margine, se il feto gode o meno del diritto alla salute»⁴⁵. Non avendo la Svezia ecceduto il margine di apprezzamento concessole, ed essendo la legislazione in vigore nel Paese il prodotto di un bilanciamento ritenuto appropriato tra i diritti della donna e quelli della salute del feto, anche per queste accuse non è ravvisabile una violazione dell'art. 11.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ European Committee of Social Rights, *Federation of Catholic Families in Europe (FAFCE) v. Sweden*, cit.

⁴⁴ *Idem*, par. 70.

⁴⁵ *Idem*, par. 73: «*In the instant complaint FAFCE aims, through its allegations, to widen the personal scope of the Charter, by applying it to the unborn. [...] FAFCE's complaints relate to an issue which is very sensitive for many of the State Parties to the Charter, i.e. the question of when human life begins, which depends on the wide diversity of values and traditions in the different states. [...] States Parties enjoy a wide margin of appreciation in deciding when life begins and it is therefore for each State Party to determine, within this margin of appreciation, the extent to which a foetus has a right to health*».

4. Il caso *Grimmark c. Svezia*: la pronuncia della Corte europea dei diritti dell'uomo.

In una recentissima pronuncia, che riguarda proprio la Svezia, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha riconosciuto come il dovere statale di garantire l'aborto possa giustificare la decisione di non assumere obiettori di coscienza, tutelando così il diritto alla salute, e legittimando in tal modo la soluzione svedese.

Il caso in questione è quello di G., infermiera svedese obiettrice di coscienza, la cui candidatura è stata rifiutata da due ospedali diversi per il suo rifiuto di praticare interventi di interruzione volontaria della gravidanza⁴⁶. Esperiti senza successo tutti i gradi di giudizio a livello nazionale, nel 2017 G. si rivolgeva alla Corte EDU, lamentando una violazione dell'art. 9 CEDU: sosteneva, infatti, che le autorità svedesi, impedendole di fatto di lavorare come ostetrica, avevano interferito con il suo diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione, senza che vi fosse alcuna norma di legge a fondamento di tale interferenza, ma che quest'ultima fosse anzi arbitraria e discrezionale, non necessaria e non proporzionata in un Paese democratico.

La Corte ha escluso che in questo caso fosse configurabile una violazione dell'art. 9 CEDU, in base al quale «1. Ogni persona ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione; tale diritto include la libertà di cambiare religione o credo, così come la libertà di manifestare la propria religione o il proprio credo individualmente o collettivamente, in pubblico o in privato, mediante il culto, l'insegnamento, le pratiche e l'osservanza dei riti. 2. La libertà di manifestare la propria religione o il proprio credo non può essere oggetto di restrizioni diverse da quelle che sono stabilite dalla legge e che costituiscono misure necessarie, in una società democratica, alla pubblica sicurezza, alla protezione dell'ordine, della salute o della morale pubblica, o alla protezione dei diritti e della libertà altrui»⁴⁷.

La libertà religiosa ricomprende il diritto, per il singolo, di manifestare e praticare il proprio culto da solo e in privato, o insieme alla comunità di riferimento e in pubblico. Dal momento che tale manifestazione può avere un impatto anche su altri individui, il secondo paragrafo dell'art. 9 stabilisce la possibilità per ciascuno Stato di porre alcune limitazioni alla libertà in questione, purché espressamente previste dalla legge e necessarie al conseguimento di altri obiettivi, tra i quali la tutela della salute. Il margine di discrezionalità lasciato agli Stati nel decidere se e quanto interferire in tal senso è abbastanza ampio e la Corte EDU si limita a verificare se le limitazioni, decise a livello nazionale, siano giustificate e proporzionate.

Nel caso specifico, la Corte riconosce l'obiezione di coscienza della ricorrente come una manifestazione del proprio orientamento religioso, come tale tutelata dall'art. 9.1, sopra citato; vi è stata, dunque, un'interferenza, da parte delle autorità statali, rispetto alla sua libertà di religione. Interferenza, come riportato anche dagli organi giudiziari locali, che risulta fondata nella normativa svedese, secondo la quale il lavoratore dipendente è tenuto a svolgere tutte le mansioni che gli vengono assegnate.

⁴⁶ Corte europea dei diritti dell'uomo, *Grimmark v. Sweden*, cit.

⁴⁷ *Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo*, art. 9. Testo disponibile [a questo indirizzo](#).

Sulla necessità di tale previsione, la Corte osserva che la Svezia garantisce il servizio di interruzione volontaria della gravidanza su tutto il territorio nazionale, avendo dunque l'obbligo positivo di organizzare il proprio sistema sanitario in maniera tale che l'esercizio dell'obiezione di coscienza da parte del personale non interferisca con la fornitura del servizio. E continua: «L'obbligo per le ostetriche di svolgere tutte le mansioni inerenti alla posizione vacante non appare sproporzionato o ingiustificato. I datori di lavoro godono, secondo il diritto svedese, di una grande flessibilità nel decidere come organizzare il lavoro dei propri dipendenti, così come del diritto di pretendere che questi ultimi svolgano tutte le mansioni proprie dell'incarico ricoperto. Al momento dell'assunzione, i dipendenti accettano tali mansioni. Nel caso in oggetto, la ricorrente ha scelto in maniera volontaria di diventare ostetrica e candidarsi per alcune posizioni vacanti, consapevole del fatto che ciò avrebbe comportato anche prestare assistenza durante interventi abortivi»⁴⁸.

Peraltro, anche a seguito dei due dinieghi, la ricorrente non era rimasta disoccupata, avendo continuato a lavorare come infermiera nell'ospedale presso il quale si trovava già occupata.

Alla luce delle considerazioni riportate, la Corte EDU ha ritenuto quindi il ricorso infondato e l'ha respinto. L'obbligo dello Stato di garantire il diritto a interrompere una gravidanza (manifestazione del più generale obbligo di tutela del diritto alla salute) rende, dunque, sempre secondo la Corte EDU, legittima e proporzionata la scelta di non assumere ostetriche e ostetrici obiettori di coscienza.

Ciò a riconferma del fatto che la mancata previsione di un diritto all'obiezione di coscienza non costituisce, nei fatti, una violazione del più generale diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione, se prevista da una legge dello Stato a tutela del diritto alla salute.

5. Considerazioni conclusive.

Come ribadito dalla Corte EDU, il diritto di sollevare obiezione di coscienza è espressione del più ampio diritto alla libertà di pensiero, coscienza e religione, e, come tale, riconducibile al novero dei diritti fondamentali della persona, riconosciuti e tutelati a livello nazionale e internazionale.

Tuttavia, alle volte, è possibile e anzi opportuno, nonché previsto anche dalla CEDU, che il legislatore statale proceda a un bilanciamento con altri diritti di particolare rilevanza, godendo, in questo giudizio, di un ampio grado di discrezionalità.

⁴⁸ Corte europea dei diritti dell'uomo, *Grimmark v. Sweden*, cit., par. 26: «*The requirement that all midwives should be able to perform all duties inherent to the vacant posts was not disproportionate or unjustified. Employers have, under Swedish law, great flexibility in deciding how work is to be organized and the right to request that employees perform all duties inherent to the post. When concluding an employment contract, employees inherently accept these duties. In the present case, the applicant had voluntarily chosen to become a midwife and apply for vacant posts while knowing that this would mean assisting also in abortion cases*».

È ben possibile, quindi, che il diritto specifico del personale sanitario di dichiararsi obiettore di coscienza e, dunque, di astenersi dal praticare o assistere interventi di interruzione volontaria della gravidanza risulti soccombente, all'esito del menzionato bilanciamento, rispetto al diritto alla salute delle donne che richiedono tale intervento.

In Italia, la normativa vigente prevede un generale diritto all'obiezione di coscienza per il personale sanitario, relativamente all'intervento abortivo: il diritto alla salute della donna risulta preminente solo in presenza di circostanze eccezionali, quando, cioè, la stessa si trovi in imminente pericolo di vita. Sebbene la l. n. 194 del 1978 sull'interruzione volontaria della gravidanza ponga un obbligo generale per gli enti ospedalieri, pubblici e privati, di garantire questo servizio, tale previsione si scontra con la realtà del Paese, in cui non tutti gli ospedali, di fatto, riescono a offrire l'intervento abortivo a tutte le donne che ne facciano richiesta, per mancanza o insufficienza di personale ospedaliero a ciò preposto. Vi è anzi un istituto che, contrariamente al dettato normativo, rifiuta espressamente di praticare interruzioni volontarie della gravidanza *come istituto*, imponendo di fatto l'obiezione di coscienza quale condizione necessaria per il proprio personale e, trattandosi di un polo universitario, non formando gli studenti su questo tipo di intervento.

Dunque, l'esercizio massiccio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario, concentrato in alcune Regioni piuttosto che in altre, limita fortemente le possibilità di usufruire dell'interruzione volontaria della gravidanza nel Paese, e quindi di accedere alla stessa in maniera sicura, efficiente e uniforme, senza discriminazioni di sorta. In Italia, il diritto alla salute della donna risulta, nei fatti, soccombente rispetto a quello del personale sanitario di dichiararsi obiettore.

In Svezia, al contrario, l'efficienza del sistema sanitario è obiettivo preminente nell'organizzazione del lavoro dipendente, fino al punto di comprimere alcuni diritti dei lavoratori in nome di questo. È ciò che succede relativamente all'obiezione di coscienza: nel pieno rispetto della CEDU, che espressamente prevede questa possibilità, il Paese limita in parte la libertà di pensiero, coscienza e religione dei propri cittadini, perché, a seguito del menzionato giudizio di bilanciamento, ritiene di importanza preminente il conseguimento di altri obiettivi, nello specifico la tutela della salute delle donne che richiedono un intervento abortivo e, in generale, come si è detto, l'efficienza del sistema sanitario.

La mancata previsione della possibilità, per i professionisti sanitari, di dichiararsi obiettori di coscienza, e quindi di astenersi dall'effettuare interventi abortivi, non costituisce dunque una violazione dei diritti umani di questi, qualora si riveli necessaria al fine di garantire la tutela del diritto alla salute dei pazienti, nello specifico, delle donne richiedenti l'intervento abortivo. L'orientamento in questo senso da parte della Corte EDU sarebbe da prendere in opportuna considerazione anche a livello nazionale.

Bibliografia.

T. Autorino et al., *The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access*, in *Social Science Research*, 22 gennaio 2020, disponibile su: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>.

E. Caruso, *Abortion in Italy: Forty Years On*, in *Feminist Legal Studies*, 28 gennaio 2020, disponibile su: <https://doi.org/10.1007/s10691-019-09419-w>.

F. Myrra Hellgren, *Conscientious Objection and Access to Lawful Abortion in the Council of Europe System - Does Conscientious Objection Undermine Legal Abortion Rights?*, Lund University, 2014.

C. Munthe, *Conscientious refusal in healthcare: the Swedish solution*, in *J Med Ethics*, 2017, 43, pp. 257-259.

D. Pulitanò, *L'attività terapeutica*, in Id. (a cura di), *Diritto penale. Parte speciale. Vol. I, Tutela penale della persona*, III Ed., Giappichelli, 2019.

D. Pulitanò, *La vita prenatale e la procreazione assistita*, in Id. (a cura di), *Diritto penale. Parte speciale. Vol. I, Tutela penale della persona*, III Ed., Giappichelli, 2019.