

[Torna alla pagina di provenienza](#)

CAMERA DEI DEPUTATI

Giovedì 6 marzo 2014

193.

XVII LEGISLATURA

BOLLETTINO

DELLE GIUNTE E DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Affari sociali (XII)

ALLEGATO

ALLEGATO

8-00038 Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978, concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, contenente i dati preliminari dell'anno 2012 e i dati definitivi dell'anno 2011. Doc. XXXVII, n. 1.

RISOLUZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione Affari sociali,
premessò che:

ha proceduto, ai sensi dell'articolo 124 del regolamento, all'esame della Relazione sullo stato di attuazione delle norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza, contenente i dati preliminari dell'anno 2012 ed i dati definitivi dell'anno 2011, presentata ai sensi dell'articolo 16 della legge n. 194 del 1978;

la predetta Relazione è stata oggetto di un ampio dibattito svoltosi presso la medesima Commissione a partire dall'11 febbraio 2014;

i dati di riferimento (consuntivi 2011 e preventivi 2012) presentano comunque un limite di analisi dello stato reale a cui si aggiungono le difficoltà, rappresentate da molti referenti regionali, nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG, tanto che in alcune regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal Sistema di sorveglianza con le schede di dimissioni ospedaliere (SDO);

osservato nel merito della Relazione che:

i dati forniti sono stati raccolti dal Sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG, attivato nel 1980, che vede impegnati l'Istituto superiore di sanità (ISS), il Ministero della salute e l'Istat da una parte, le regioni e le province autonome dall'altra;

i dati più significativi sono costituiti da:

il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne in età feconda tra 15-49 anni), che, con i valori più bassi tra i paesi industrializzati, nel 2012 è risultato pari a 7,8 per 1000, con un decremento dell'1,8 per cento rispetto al 2011 e un decremento del 54,7 per cento rispetto al 1982, anno in cui il tasso era del 17,2 per 1000; il tasso di abortività è diminuito in tutti i gruppi di età e che tra le minorenni nel 2011 è risultato pari a 4,5 per 1000, con livelli più elevati nell'Italia settentrionale e centrale; anche i dati relativi al ricorso all'IVG delle ragazze di età inferiore a 18 anni, pari a 3.008 nel 2011, e delle ragazze straniere, pari a 586, confermano il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa occidentale;

il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi), che nel

2012 è risultato pari a 200,8 per 1000 – con un decremento del 2,5 per cento rispetto al 2011 e un decremento del 47,2 per cento rispetto al 1982, anno in cui il rapporto è stato del 380,2 per 1000 –, e che un terzo del fenomeno è costituito da donne con cittadinanza estera;

considerato che:

nel 2009 il tasso di abortività per le italiane è risultato pari a 6,7 per 1000 per Pag. 44le donne di età 15-49 anni, a 11,5 per 1000 nelle cittadine di Paesi a sviluppo avanzato e a 23,8 per 1000 in quelle di Paesi a forte pressione migratoria (valore pari a 40,7 nel 2003), cosa che indica come, nonostante la diminuzione negli anni, quest'ultimo gruppo di donne ha ancora livelli di abortività molto più elevati delle italiane;

con riferimento all'uso della RU486, secondo i dati forniti nella Relazione, questa metodica è stata usata nel 2010 in 3.836 casi (3,3 per cento del totale delle IVG) e in 7.432 casi nel 2011 (7,3 per cento del totale). La metodica non è stata utilizzata nel 2010 in Abruzzo e in Calabria, mentre nel 2011 nelle sole Marche. La sua diffusione è comunque percentualmente disomogenea considerando la popolazione delle varie regioni;

le prescrizioni per l'utilizzo di questa metodica con limiti entro la settima settimana e l'indicazione di ricovero per 3 giorni possono risultare disincentivanti rispetto alla richiesta di tale opzione, che negli altri Paesi europei avviene con modalità di trattamento ambulatoriale o domiciliare. La relazione evidenzia come nel 76 per cento dei casi le donne hanno richiesto la dimissione volontaria dopo la somministrazione di Mifepristone o prima della fase espulsiva. Nel 96 per cento dei casi non c'è stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere all'intervento chirurgico si è presentata nel 5,3 per cento dei casi; per tali ragioni potrebbe essere utile acquisire una valutazione dell'AIFA e del Consiglio superiore di sanità;

la quasi totalità degli interventi chirurgici, più precisamente il 90,3 per cento, avviene in *day hospital* e l'isterosuzione, in particolare con la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (79,4 per cento), in quanto comporta rischi minori di complicanze per la salute della donna;

la percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è tra le più basse a livello internazionale (19 per cento di IVG con almeno 1 aborto alle spalle e 8 per cento con almeno 2) ma ancora rilevante nella popolazione straniera;

non appare giustificato, inoltre, il ricorso all'anestesia generale (82,1 per cento), così elevato da porsi in netto contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale che raccomandano invece il ricorso all'anestesia locale per minori rischi per la salute della donna, questione sulla quale si evidenzia la necessità di procedere ad ulteriori verifiche;

in relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è leggermente aumentata rispetto a quella riscontrata nel 2010 ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane, persistendo tuttavia una non trascurabile variabilità tra regioni;

la relazione sottolinea che la diffusione dell'approccio farmacologico del Mifepristone e prostaglandine (RU486) potrebbe aver determinato l'aumento della percentuale di interventi effettuati entro le 8 settimane di gestazione;

dalla Relazione non emergono dati riguardanti i tempi di attesa per la certificazione;

la percentuale degli obiettori di coscienza, specie fra i ginecologi,

mantiene livelli elevati, più di due su tre, passando dal 58,7 per cento del 2005 al 71,5 per cento del 2008, per ridiscendere al 70,7 per cento nel 2009 e al 69,3 per cento nel 2010 e nel 2011;

percentuali superiori all'80 per cento tra i ginecologi sono presenti principalmente al sud, con punte che toccano l'88,4 per cento in Campania e in Molise;

l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza ha riguardato elevate percentuali di ginecologi fin dall'inizio dell'applicazione della legge n. 194, con un aumento del 17,3 per cento in trenta anni, a fronte di un dimezzamento delle IVG nello stesso periodo;

secondo la relazione i numeri complessivi del personale non obiettore sono considerati comunque congrui rispetto al numero complessivo degli interventi di IVG e che eventuali difficoltà nell'accesso ai percorsi IVG sembrano quindi dovute a una distribuzione inadeguata del personale fra le strutture sanitarie all'interno di ciascuna regione;

risulta necessaria una verifica considerando che i dati relativi al numero dei non obiettori potrebbero risultare sovrastimati rispetto alla realtà, poiché, non essendo obbligatorio comunicare all'azienda sanitaria di competenza la scelta di obiezione di coscienza, potrebbero essere considerati non obiettori tutti i ginecologi che non hanno mai espresso obiezione semplicemente in quanto la loro attività istituzionale non prevede la pratica delle IVG; va considerato che nel 2011 il carico di lavoro è di 1,7 IVG a settimana;

proprio allo scopo di avviare un monitoraggio relativo alle singole strutture ospedaliere e ai consultori e di individuare eventuali criticità nell'applicazione della legge, con particolare riferimento all'aspetto riguardante l'obiezione di coscienza, è stato attivato nel 2013, presso il Ministero della salute, un «Tavolo tecnico» a cui sono stati invitati gli assessori regionali;

una prima proposta di scheda per la raccolta dati è già stata inviata ai referenti regionali e che i risultati di tale monitoraggio saranno presentati nella prossima Relazione al Parlamento;

la Relazione è sicuramente carente per quanto riguarda la quantificazione degli aborti clandestini nel nostro Paese;

con riferimento ai consultori familiari, dalla Relazione si evince chiaramente come negli ultimi anni si sia assistito ad un progressivo decremento dei consultori familiari pubblici, che avrebbero dovuto, invece, essere l'asse portante degli interventi preventivi nell'ambito dell'aborto volontario;

nel 2011 il rapporto tra consultori familiari pubblici e abitanti è pari allo 0,7 per 20.000 abitanti (come nel 2006-2010), valore inferiore a quanto previsto dalla legge n. 34 del 1996, di conversione in legge del decreto-legge 1 dicembre 1995, n. 509, recante «Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio sanitario nazionale», pari a 1 ogni 20.000 abitanti e per altro distribuiti in modo disorganico sul territorio nazionale;

il ricorso al consultorio familiare è basso anche per la documentazione/certificazione (40,7 per cento nel 2011), specialmente al Sud e nelle Isole, anche se in aumento principalmente per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere (vi ricorre il 54,2 per cento rispetto al 33,9 per cento delle italiane);

risulta, dunque, confermata la necessità di una maggiore valorizzazione dei consultori familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si

effettua l'IVG;

considerati positivamente i risultati raggiunti dopo oltre trent'anni dall'approvazione della legge n. 194 come strumento per la riduzione e il controllo del ricorso dell'IVG;

impegna il Governo:

nell'attesa dei risultati del citato «Tavolo tecnico» avviato dal Ministero della salute con gli assessori regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione delle norme per la tutela della maternità e per l'IVG, a riferire alle Commissioni parlamentari competenti sulle iniziative adottate dal Ministero medesimo in attuazione degli impegni assunti l'11 giugno 2013 alla Camera e contenuti nelle mozioni approvate, ed a predisporre, nei limiti delle proprie competenze, tutte le iniziative necessarie affinché nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali si Pag. 46attui il quarto comma dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, nella parte in cui si prevede l'obbligo di controllare e garantire l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole anche attraverso una diversa mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete dei servizi sul territorio in ogni regione;

a fornire informazioni e a riferire alle Commissioni parlamentari competenti in ordine allo stato di attuazione dell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, dell'assistenza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»;

a porre in essere tutte le azioni necessarie per un monitoraggio più puntuale, aggiornato, analitico e coerente rispetto alle criticità indicate in premessa;

a sensibilizzare le regioni affinché siano promosse, dalle istituzioni scolastiche in collaborazione con le associazioni dei genitori e con i consultori territoriali, attività di informazione ed educazione alla salute sessuale e riproduttiva, all'affettività, alla maternità e paternità consapevole;

per quanto riguarda l'aspetto della tutela sociale della maternità, a dare piena attuazione agli articoli 2 e 5 della legge n. 194 del 1978, nel rispetto della titolarità decisionale della donna;

a prevedere che le Regioni debbano rendere noto, usando tutti gli strumenti informativi necessari compresi i siti istituzionali, il percorso di accesso al servizio da parte dell'utente e i presidi ospedalieri nei quali viene effettuata l'IVG, determinando un bacino di utenza ragionevole;

ad assumere iniziative per valorizzare e ridare piena centralità ai consultori familiari, istituiti ai sensi della legge n. 405 del 1975, a promuoverne un'equa diffusione sul territorio nazionale e a favorirne l'integrazione con le strutture ospedaliere, rappresentando il consultorio uno strumento essenziale per le politiche di prevenzione e promozione della maternità e della paternità libera e consapevole;

ad attivarsi affinché su tutto il territorio nazionale l'interruzione di gravidanza farmacologica sia garantita omogeneamente, nell'appropriatezza clinica;

ad estendere a tutto il territorio nazionale il progetto coordinato dalla regione Toscana, in accordo con altre 10 regioni, riguardante la prevenzione delle IVG tra le donne straniere, promosso in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e l'Università degli studi La Sapienza;

a valorizzare la visita post-IVG, da effettuarsi preferibilmente presso il consultorio nella sua funzione di *counselling* per la procreazione responsabile ed a prevenzione degli aborti ripetuti.

(8-00038) «Carnevali, Lenzi, Cecconi, Rondini, Fucci, Monchiero, Binetti,

Casati, Roccella, Paola Bragantini, Loreface, Piccione, Patriarca, Iori, Baroni,
Capone, Miotto, Mantero, Amato, Sbrollini, Scuvera, Vargiu».