

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

##### SEDE CONSULTIVA:

DL 2/2014: Proroga missioni internazionali delle Forze armate e di polizia, iniziative di cooperazione allo sviluppo e sostegno ai processi di ricostruzione e partecipazione alle iniziative delle organizzazioni internazionali per il consolidamento dei processi di pace e di stabilizzazione. C. 2149 Governo, approvato dal Senato. (Parere alle Commissioni riunite III e IV) ( <i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole</i> ) .....	37
--	----

##### RELAZIONI AL PARLAMENTO:

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 ( <i>Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 124, comma 2, del regolamento, e conclusione – Approvazione della risoluzione n. 8-00038</i> ) .....	38
ALLEGATO ( <i>Risoluzione approvata dalla Commissione</i> ) .....	43
Sull'ordine dei lavori .....	41

##### SEDE CONSULTIVA

*Giovedì 6 marzo 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.*

**La seduta comincia alle 14.15.**

**DL 2/2014: Proroga missioni internazionali delle Forze armate e di polizia, iniziative di cooperazione allo sviluppo e sostegno ai processi di ricostruzione e partecipazione alle iniziative delle organizzazioni internazionali per il consolidamento dei processi di pace e di stabilizzazione.**

**C. 2149 Governo, approvato dal Senato.**

(Parere alle Commissioni riunite III e IV).

(*Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole*).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato nella seduta del 5 marzo 2014.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione è oggi convocata per il seguito dell'esame in sede consultiva del disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 2 del 2014, approvato dal Senato, recante « Proroga missioni internazionali delle Forze armate e di polizia, iniziative di cooperazione allo sviluppo e sostegno ai processi di ricostruzione e partecipazione alle iniziative delle organizzazioni internazionali per il consolidamento dei processi di pace e di stabilizzazione », per il parere alle Commissioni riunite III e IV.

Ricorda, altresì, che nella giornata di ieri il relatore, onorevole Monchiero, ha svolto la relazione e si sono svolti alcuni interventi.

Giovanni MONCHIERO (SCpI), *relatore*, propone alla Commissione di esprimere parere favorevole sul provvedimento in esame.

Andrea CECCONI (M5S) precisa di non avere alcun rilievo da formulare per quanto riguarda le norme del decreto-legge afferenti alla competenza della XII Commissione, avendo superato, grazie anche alle delucidazioni fornitegli per le vie brevi dal relatore, la perplessità espressa nella giornata di ieri con riferimento al comma 3 dell'articolo 4.

Annuncia, tuttavia, il voto contrario da parte del suo gruppo sulla proposta di parere del relatore, stante la contrarietà al decreto-legge nel suo complesso, in quanto non prevede la conclusione di determinate missioni – quale, ad esempio, quella in Afghanistan – che a suo avviso non hanno più alcuna giustificazione.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere favorevole del relatore.

**La seduta termina alle 14.20.**

#### RELAZIONI AL PARLAMENTO

*Giovedì 6 marzo 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.*

**La seduta comincia alle 14.20.**

**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.**

*(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 124, comma 2, del regolamento, e conclusione – Approvazione della risoluzione n. 8-00038).*

La Commissione prosegue l'esame della relazione in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 5 marzo 2014.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione, nella seduta odierna, proseguirà l'esame, ai sensi dell'articolo 124, comma 2, del regolamento, della relazione del Ministro della salute sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978 (Doc. XXXVII, n. 1).

Fa presente che la relatrice, on. Carnevali, alla luce del dibattito svoltosi nella giornata di ieri, ha predisposto una riformulazione della propria proposta di risoluzione che tiene conto dei rilievi formulati dai colleghi.

Da, quindi, la parola all'on. Carnevali per l'illustrazione della proposta stessa.

Elena CARNEVALI (PD), *relatore*, procede all'illustrazione della proposta di risoluzione, come riformulata sulla base degli interventi svoltisi nella seduta di ieri, nonché delle precisazioni fornite dal Governo (*vedi allegato*).

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere favorevole sulla proposta di risoluzione, come riformulata, ritenendo condivisibili gli impegni da essa recati.

Andrea CECCONI (M5S), dopo aver ringraziato il deputato Carnevali per il complesso lavoro svolto, ribadisce il voto favorevole da parte del suo gruppo nei confronti della proposta di risoluzione del relatore, come riformulata, pur precisando che a suo avviso quest'ultima rappresenta una versione più « edulcorata » sotto diversi aspetti rispetto alla stesura originaria.

Auspica, dunque, che gli impegni ivi contenuti siano effettivamente attuati da parte del Governo, al fine di evitare di trovarsi di fronte ad una prossima relazione che, analogamente a quella in discussione, evidenzia criticità circa lo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978.

Gian Luigi GIGLI (PI), dopo aver espresso i propri ringraziamenti al relatore per la proposta di risoluzione presentata, formula due richieste, di modifica e di integrazione del testo.

Sotto il primo profilo, evidenzia che nel primo degli impegni rivolti al Governo

dovrebbe essere incluso un riferimento esplicito alla questione della riorganizzazione dei punti in cui si effettua l'interruzione volontaria di gravidanza.

Reputa, inoltre, opportuno prevedere che il Governo assuma l'impegno di richiedere alle regioni anche i dati concernenti le alternative all'aborto che vengono prospettate presso i consultori, nell'ottica della prevenzione.

Massimo Enrico BARONI (M5S), associandosi alle considerazioni svolte dal deputato Cecconi, sottolinea la rilevanza dell'ultimo degli impegni contenuti nella proposta di risoluzione riformulata dal relatore, concernente il ruolo centrale che deve assumere la funzione di *counselling* svolta dai consultori anche rispetto alla visita post-IVG. A questo proposito, cita una relazione del Parlamento europeo del 2009 dalla quale emerge che un danno pari a 437 milioni di euro viene arrecato al Pil a causa della mancata somministrazione dei servizi di salute mentale.

Paola BINETTI (PI) ringrazia il relatore, sottolineando come quando si discute di temi come quello in esame la cosa più difficile è il mantenimento dell'equilibrio, ritenendo peraltro che quanto più condivisa è la risoluzione che la Commissione approverà tanto maggiore sarà l'impatto che essa potrà avere.

Fa presente, inoltre, che la politica di contrasto del fenomeno dell'aborto passa anche attraverso la soluzione di problemi di natura sociale ed economica, citando a tale proposito il dato per cui il ricorso alle pratiche abortive è più elevato presso le donne immigrate.

Ribadisce, inoltre, quanto già rilevato nella seduta di ieri, circa l'esigenza di introdurre misure positive a sostegno della maternità, riconoscendone il valore sociale.

Marisa NICCHI (SEL), pur riconoscendo il rilievo dell'atto di indirizzo che la Commissione si appresta ad approvare, ritiene che non sia necessario il raggiungimento di una posizione unanime a tutti

i costi, essendoci oggettivamente delle differenze sul tema in esame tra le posizioni dei vari gruppi.

Con specifico riferimento alla proposta di risoluzione riformulata dal relatore, esprime particolare apprezzamento per alcune parti, quale il primo degli impegni rivolti al Governo, che riprende il testo già recato dalla legge n. 194 del 1978 per quanto riguarda la possibile « diversa mobilità del personale », garantendo la presenza di un'adeguata rete dei servizi sul territorio in ogni regione, al fine di assicurare l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole. Reputa, pertanto, non opportuno modificare la formulazione proposta dal relatore.

Considera, poi, importante il fatto che sia stato evidenziato il ruolo dei consultori, che vengono riportati nell'ambito della medicina territoriale, prevedendone espressamente l'integrazione con le strutture ospedaliere. Esprime apprezzamento, inoltre, per il richiamo alla legge n. 405 del 1975, istitutiva dei consultori, ricordando che tale legge reca disposizioni che si fondano sul principio della libera scelta della donna.

Dopo aver fatto presente di condividere le considerazioni svolte dal deputato Binetti circa l'esigenza di predisporre misure positive a sostegno della maternità, si sofferma sul tema delle criticità riscontrate a proposito della diffusione della pillola RU486, precisando che su questo punto a suo avviso sarebbe stato opportuno inserire nella proposta di risoluzione un impegno più incisivo.

Annuncia, quindi, il voto favorevole da parte del suo gruppo sulla proposta di risoluzione riformulata dal relatore, specificando che tale voto presuppone come condizione essenziale il fatto che vi sia un monitoraggio continuo da parte del Governo rispetto alle criticità riscontrate nell'applicazione della legge n. 194 del 1978 e indicate tra le premesse della predetta proposta.

Eugenia ROCCELLA (NCD) esprime apprezzamento per lo sforzo di mediazione compiuto da tutti i deputati e, in partico-

lare, dal relatore, rispetto a un tema certamente non facile, stanti le diverse sensibilità, storicamente radicate.

Annuncia, pertanto, il proprio voto favorevole alla proposta di risoluzione riformulata dal relatore.

Evidenzia, quindi, come un dato positivo che emerge dalla relazione in discussione, anche confrontandolo con i dati riguardanti altri Paesi dell'Unione europea, sia senz'altro costituito dal numero più basso rispetto al passato dei casi in cui le donne fanno ricorso all'aborto.

Osserva, poi, che a suo avviso è difficile parlare in termini assoluti di « libera scelta della donna », in quanto si deve tenere conto di tutte le implicazioni connesse alla maternità, evidenziandone il valore sociale, da cui non può che conseguire la presa in carico da parte della collettività.

Donata LENZI (PD), ringraziando tutti i colleghi intervenuti per l'impegno profuso, dichiara il voto favorevole del suo gruppo sulla proposta di risoluzione del relatore, come riformulata.

Marisa NICCHI (SEL) interviene per una precisazione, in quanto non aveva colto, a causa del fatto di aver avuto poco tempo a disposizione per una lettura approfondita della proposta di risoluzione testé riformulata, che nella riformulazione è stato modificato l'impegno di cui al terzultimo capoverso rispetto alla versione precedente. Precisa quindi che, qualora il relatore dovesse mantenere l'attuale formulazione, si asterrebbe al momento della votazione della proposta di risoluzione.

Gian Luigi GIGLI (PI) ribadisce l'esigenza di approfondire le cause e le motivazioni che spingono la donna verso l'aborto, nell'ottica della prevenzione, che dovrebbe riguardare l'interesse generale. In questa direzione, che si connette all'obiettivo di assicurare il sostegno sociale alla maternità, ricorda l'impegno che era stato assunto dal sottosegretario Fadda in risposta ad un'interrogazione da lui stesso presentata, con cui era stata sollevata la necessità che la Relazione sullo stato di

attuazione della legge n. 194 del 1978 sia integrata per il futuro con i dati relativi ai costi sostenuti per i consultori familiari, il numero delle collaborazioni con il mondo del volontariato e ancora il numero degli interventi personalizzati per evitare l'aborto. In quell'occasione, il sottosegretario Fadda aveva assunto l'impegno ad avviare presso le regioni una adeguata iniziativa, anche con formale lettera, soprattutto per chiedere, se possibile, di acquisire una specifica dei dati con maggiore livello di dettaglio in relazione alle iniziative poste in essere per evitare l'aborto.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO, con riferimento ad alcune perplessità sollevate, ritiene che la proposta di risoluzione, nella riformulazione predisposta dal relatore, risulti condivisibile in quanto tiene conto, più che nella versione precedente, del fatto che il Governo non può imporre la medesima articolazione dei servizi su tutto il territorio nazionale.

Quanto alla questione posta dal deputato Gigli, assicura che manterrà l'impegno già assunto dal sottosegretario Fadda per conto del ministero della salute.

Elena CARNEVALI (PD), *relatore*, dopo aver precisato di voler mantenere inalterata la proposta di risoluzione, come riformulata, specifica le ragioni per cui non può tenere conto dei rilievi formulati nella seduta odierna. In particolare, con riferimento al primo degli impegni rivolti al Governo, ribadisce la volontà di riprendere il riferimento alla « diversa mobilità del personale », già contenuto nell'articolo 9, quarto comma, della legge n. 194 del 1978. Precisa, quindi, che la riorganizzazione della rete è già espressamente prevista nella proposta di risoluzione, che fa riferimento ad un « bacino di utenza ragionevole » con riferimento ai presidi ospedalieri presso i quali viene effettuata l'IVG.

Per quanto riguarda, poi, la questione concernente la richiesta di dati aggiuntivi alle regioni da parte del Governo, evidenzia le difficoltà già riscontrate in relazione al reperimento dei dati riportati nella relazione in oggetto.

Sottolinea, infine, che la proposta di risoluzione, nell'attuale formulazione, non è a suo avviso « edulcorata » rispetto alle versioni precedenti, dando conto essa puntualmente di tutte le criticità riscontrate, alle quali corrispondono precisi impegni rivolti al Governo.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la risoluzione presentata dal relatore, come riformulata, che assume il numero 8-00038 (*vedi allegato*).

#### Sull'ordine dei lavori.

Matteo MANTERO (M5S) chiede al presidente Vargiu se sia possibile differire il seguito dell'esame della proposta di legge in materia di prevenzione del gioco d'azzardo patologico (A.C. 101 e abbinate), già calendarizzata per la prossima settimana nella riunione dell'ufficio di presidenza della Commissione svoltasi ieri, a seguito delle sanzioni irrogate dall'ufficio di presidenza della Camera nei confronti suoi e del deputato Baroni – di sospensione dai lavori parlamentari per un periodo di dieci giorni a decorrere da lunedì 10 marzo – che avevano partecipato attivamente all'esame del predetto provvedimento, anche in sede di Comitato ristretto.

Paola BINETTI (PI), in qualità di relatore sul suddetto provvedimento, esprime perplessità nei confronti della richiesta formulata dal deputato Mantero in quanto reputa che sia essenziale procedere con speditezza nell'esame della proposta di legge sulla prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

Precisa quindi che, qualora il presidente Vargiu dovesse accedere a tale richiesta, l'*iter* successivo del provvedimento in questione dovrebbe svolgersi con particolare celerità in Commissione, in modo da consentirne la calendarizzazione per l'Assemblea.

Donata LENZI (PD) ritiene che la richiesta del deputato Mantero possa essere

accolta solo in via del tutto eccezionale, nel senso di considerarla una deroga al normale andamento dei lavori della Commissione che per quanto riguarda gli altri argomenti rimarrebbe dunque inalterato.

Massimo Enrico BARONI (M5S), dopo aver precisato che da parte del suo gruppo è stata avviata un'attività di valutazione di tutti gli emendamenti presentati alla proposta di legge in oggetto e che i relativi commenti sono pubblicati *on line*, fa presente che, se da parte degli altri gruppi si ritiene che la propria presenza e quella del deputato Mantero costituiscono una risorsa, la richiesta formulata da quest'ultimo dovrebbe essere accolta, mentre dovrebbe essere respinta se tale presenza viene percepita come un ostacolo ad una rapida approvazione del provvedimento.

Eugenia ROCCELLA (NCD) osserva che la finalità delle sanzioni irrogate dall'ufficio di presidenza della Camera è quella di tenere lontani dai lavori parlamentari i deputati destinatari delle sanzioni medesime. Osserva, poi, che nel caso di specie la richiesta di rinvio dell'esame del provvedimento proviene proprio da parte di chi in altre occasioni ha parlato pubblicamente di un rallentamento dei lavori parlamentari presso la XII Commissione.

Fa presente, quindi, che occorre definire una linea e comprendere se vi sia effettivamente l'interesse di tutti i gruppi a concludere l'esame del provvedimento in oggetto in sede referente.

Andrea CECCONI (M5S), avendo constatato una certa difformità tra le posizioni dei vari gruppi rispetto alla richiesta formulata dal deputato Mantero, precisa che essa non deve intendersi come una richiesta imperativa. Pertanto, il presidente Vargiu potrà valutare se accoglierla o meno e, nella seconda ipotesi, il suo gruppo garantisce comunque la presenza ai lavori della Commissione, pur nell'assenza dei due deputati che finora hanno seguito particolarmente l'*iter* della proposta di legge in materia di prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, anche apprezzando lo spirito dell'intervento svolto dal deputato Cecconi, accoglie la richiesta formulata dal deputato Mantero, di rinviare l'esame della proposta di legge in materia di prevenzione del gioco d'azzardo fino al rientro dei deputati Mantero e Baroni, sospesi dai lavori parlamentari a seguito della sanzione irrogata nei loro confronti dall'ufficio di presidenza della Camera.

Precisa quindi che, una volta che sarà ripreso l'esame del provvedimento in oggetto, quest'ultimo proseguirà speditamente fino alla votazione finale, prevedendosi a tal fine, ove fosse necessario, sedute della Commissione anche la mattina presto e al termine delle votazioni pomeridiane dell'Assemblea.

**La seduta termina alle 15.15.**



ALLEGATO

**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

le 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 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 Karmann, 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 au-



mento percentuale 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 obiettori 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

attui 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 isti-

tuzionali, 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, Sbröllini, Scuvera, Vargiu ».