

verno di modifica della legge n. 194, a ciò ci dovremo strettamente attenere. Per cortesia, la si smetta — perdonatemi l'espressione — di sostenere l'esistenza di questo attacco. Noi vogliamo applicare questa legge. Spero che dalla Commissione venga anche un contributo al prossimo Governo, al prossimo Parlamento, per far sì che non ci debba più essere motivo per ritornarci, perché si sono comprese le ragioni. Sono da poco ministro, ma punto a non esserlo per poco. Vorrei perciò poter completare quest'opera lanciando al paese dei segnali concreti, secondo i quali si possono attuare politiche finora non attuate.

In quell'ordine del giorno c'è un altro passaggio che vorrei sottolineare, rifacendomi a quanto dicevo poc'anzi sulla differenza tra il mio mandato e quello dell'onorevole Bindi. Facciamo attenzione, allora il Governo poteva farlo, mentre oggi sarebbe difficile: è stato detto di sì in un momento in cui si poteva fare, mentre oggi ci sarebbe l'insurrezione delle regioni, che ieri non poteva esserci.

Voglio esprimere integrale adesione alle tesi esposte dall'onorevole Massidda — aggiungendo un elemento di notizia sulla partecipazione dell'opposizione, argomento su cui tornerò, ai lavori della Commissione — relativamente alla manovra strumentale che è in corso da parte del sistema delle regioni in merito al tema della pillola abortiva. Se avrà un po' di pazienza tornerò sull'argomento, perché vorrei capire qual è il punto di partenza della campagna ideologica e chi la sta agitando. Ci sono degli elementi che il Parlamento deve conoscere; poi potrà anche valutare che il ministro abbia torto e che abbiano ragione tutti gli altri, però ci sono delle cose che bisogna sapere prima di alzare l'indice accusatore nei confronti di una parte politica o dell'altra.

Richiamandomi ancora all'ultimo intervento della maggioranza, l'onorevole Lucchese ha fatto riferimento al principio ispiratore della legge n. 194, riportato nell'articolo 1. È stata una preoccupazione di questi decenni: l'aborto non sia strumento per il controllo o la limitazione delle nascite. Tale questione campeggia sul di-

battito attorno all'attuazione della legge n. 194. Allora, colleghi dell'opposizione, siccome nutro rispetto nei confronti del Parlamento, vi confesso un pizzico di delusione per l'assenza di valutazioni — vi hanno fatto riferimento solo gli onorevoli Labate e Galeazzi per contestare quei numeri — circa la notizia nota dei 4 milioni 500 mila aborti.

TIZIANA VALPIANA. Non è una notizia !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Per lei è una notizia, per noi è una tragedia. Il fatto che questo paese si debba arrendere a che una gravidanza su quattro finisca in aborto, non credo che sia un panorama di cui bearsi. Non è il ministro Storace che nota questo dato. È la notizia che emerge dall'audizione di ieri. È quanto dicono *Il Giornale*, *La Repubblica*, *Il Messaggero* e *Il Corriere della Sera*. E mi riferisco ai titoli, quindi alle cose che hanno impressionato...

TIZIANA VALPIANA. Noi ci occupiamo delle donne, lei degli *scoop*. Questo è il problema.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Provi a chiedere a qualche persona di sua conoscenza se il dato di 4 milioni 500 mila bambini mai nati sia un dato di cui essere contenti o essere tristi. Non sto negando il diritto ad abortire, sto dicendo un'altra cosa. Onorevole Valpiana, lei deve avere la stessa pazienza che ho avuto io nell'ascoltarvi.

Vogliamo negare che in un paese con un tasso di denatalità come il nostro questa cifra colpisce? Vogliamo ammettere almeno che colpisce? Altrimenti, facciamo un esercizio di cinismo da fare spavento. Credo sia normale fermarsi a discutere di questa cifra. Mi dispiace che dall'opposizione non ci sia stato un solo riferimento a questo. In effetti...

TIZIANA VALPIANA. Quei 4 milioni di gravidanze indesiderate noi non li volevamo.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Questo mi fa piacere. Vorrei, però, che mi permetteste di esprimermi, altrimenti il dialogo è davvero difficile e posso capire, allora, perché i miei predecessori non venivano in Commissione. Questo è il Parlamento e si può ancora discutere. Tra l'altro, chi mi ha preceduto accettava gli ordini del giorno sulla revisione della legge n. 194, ma voi non dicevate nulla.

C'è anche chi ha tentato di fare il furbo — non in Parlamento, ma nell'ambito del libero diritto di criticare le dichiarazioni di un ministro — e partendo da questa cifra ha scritto un articolo. È vero, prima ho detto che se la politica di prevenzione fosse stata attuata, chissà, per il 10 per cento avremmo avuto magari 400 mila nati in più. Ma è solo un esempio.

Allora, quale sarebbe la critica nei miei confronti? Non si sa se avremmo avuto 400 mila bambini in più, ma «dispiace che all'ex governatore del Lazio non stia a cuore la sorte anche dei rimanenti 3 milioni 950 mila non nati». Sono argomenti davvero infantili. Questo è quello che riporta *Il Manifesto*.

Vorrei che si mettessero da parte gli argomenti che offendono la discussione su una legge che, sebbene abbia avuto un percorso travagliato prima di essere approvata, poi è diventata legge dello Stato e tutti siamo tenuti a rispettarla.

Veniamo ora alle questioni che la vostra Commissione ha voluto sottoporre alla mia attenzione. Cercherò di seguire un ordine logico: lo dico ai colleghi dell'opposizione, con i quali vorrei interloquire sugli argomenti principali che hanno posto, scusandomi fin d'ora se alcune questioni non troveranno spazio nella mia replica, sia per ragioni di tempi parlamentari sia per evitare di annoiarvi.

L'onorevole Maura Cossutta è ritornata — non voglio parlare di enfasi comiziale — sulla questione dell'attacco alla legge n. 194. Ma cos'altro si può dire, da parte nostra, per assicurare che non abbiamo alcuna intenzione di modificare la legge? Del resto, attaccare la legge nel mentre ci si rimprovera di volerla modificare è davvero un non senso, onorevole Cossutta.

Ogni tanto può capitare di esprimersi in maniera contraddittoria, ma questo è uno dei casi in cui non lo si dovrebbe fare. È spiacevole sentir parlare di «attacco alle donne». Il dibattito di oggi dimostra che le donne non le rappresentate solo voi. Le donne del centrodestra — consentitemi di manifestare un pizzico di orgoglio — hanno usato espressioni contrarie e hanno affermato idee diametralmente opposte alle vostre. Non si può mancare loro di rispetto, non sono donne di serie B.

Levatevi dalla testa questi *slogan* propagandistici, per cui ci sarebbe un universo femminile che sta solo a sinistra e da questa parte non ci sarebbe diritto di cittadinanza. Nessuno ha scritto il compitino alle parlamentari del centrodestra, ma ognuna di loro si è espressa con libertà, secondo la propria persona e la propria identità. Credo che si dovrebbe manifestare un po' di rispetto per le parti in causa. State tranquilli, arriverò anche a rispondere nel merito delle questioni sollevate, ma per il momento sto rispondendo al comizio che ho ascoltato sull'attacco alle donne. Se permettete, ho il dovere di non lasciar passare un'affermazione che considero incivile nei confronti delle donne di centrodestra. È importante ribadirlo, perché tengo molto al rispetto anche nei confronti di chi non milita dalla vostra parte.

Mi piacerebbe innanzitutto verificare la disponibilità di tutti — chiedo scusa per i toni di prima e per aver parlato di comizio — ad attuare la legge n. 194. Considero molto importante la vostra presenza in questa sede, per interloquire e per rappresentare le posizioni di ciascuno. Non è stato proprio un errore, dunque, da parte del Presidente Casini, la decisione di dare il via libera all'indagine conoscitiva.

TIZIANA VALPIANA. Siamo venuti perché non ci avete permesso di discutere la relazione.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Avete legittimato questa indagine ed io credo che sia importante aver scongiurato la minaccia dell'Aventino.

MARIDA BOLOGNESI. Ma che Aventino, ma che dice? Noi abbiamo chiesto di discutere la relazione del ministro! Non faccia il mestierante della politica, risponda nel merito.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non so se adesso ci state ripensando, ma vi assicuro che ho ascoltato con gioia tutti i vostri interventi. Non credo che abbiate motivo di arrabbiarvi. Del resto, se ci si dovesse infuriare per quello che si ascolta dagli altri, in Commissione non dovremmo venire mai. Ne avete dette così tante di cose per cui infuriarsi!

Noi abbiamo ascoltato con grande pazienza quello che avete detto, ora vorrei rispondere alle questioni che avete sollevato. Siete voi che avete parlato di strumentalità, non io. Siete voi che siete entrati addirittura nel dettaglio del questionario che ho proposto alle regioni. Non vi siete estraniati dal dibattito, quindi non è vero che questa indagine non doveva essere deliberata. Se così fosse, non avreste partecipato ai lavori. Questa è la mia interpretazione libera e democratica.

MAURA COSSUTTA. Questo è solo l'inizio! Vedremo nel corso dell'indagine.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Insomma, devo avere per forza le vostre stesse idee? Per fortuna mia e dell'Italia, non è così. Se si intende governare il paese puntando su questi temi, allora c'è davvero da preoccuparsi.

MAURA COSSUTTA. Noi le abbiamo rivolto delle domande.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. E io sto rispondendo. Ha detto o no che noi vogliamo attaccare le donne? Ha detto o no che vogliamo modificare la legge n. 194? Ha detto o no che il fine della deliberazione di questa indagine era strumentale? A questo sto rispondendo. Del resto, se questo tipo di accusa politica per voi è una priorità, il Governo ha il diritto di difendersi da un'accusa falsa, oppure no? Credo che questo sia un

dovere, non un diritto. Se permettete, in Parlamento prendo la parola esattamente come voi. È difficile che mi impediate di parlare, urlando e interrompendomi.

Peraltro, ho apprezzato alcune delle considerazioni svolte dai colleghi anche dell'opposizione. Non sono una persona affetta da ideologismo e voglio confrontarmi con le affermazioni intelligenti che ascolto. Se insisto su quello che non condivido è perché credo che sia necessario capire quali sono i punti di divisione.

È stato affrontato, sia dalla collega Cossutta che dalla collega Bolognesi, il tema della contraccezione per non abortire. Ieri, onorevole Bolognesi, non ho potuto risponderle subito perché non avevo compreso il tema che lei voleva sollevare. In effetti, è in corso un'iniziativa dei Ministeri della salute e dell'istruzione — spero che questo elemento sia colto positivamente rispetto alle questioni legate alla sessualità poste anche dall'onorevole Zanella — per l'avvio e la diffusione, in tutte le scuole secondarie del paese, di una campagna informativa per i giovani sull'educazione alla sessualità e al controllo delle malattie sessuali. Il Centro di coordinamento delle malattie, che per fortuna ha un direttore la cui competenza e professionalità avete esaltato, il dottor Greco — questo mi rassicura sul fatto che ne apprezzerete il lavoro, e comunque alle nostre carenze supplirà l'intelligente opera delle regioni —, si sta occupando di produrre al riguardo degli opuscoli, che sono in corso di stampa.

Per quanto riguarda la popolazione immigrata, è in corso di avanzata elaborazione un protocollo d'intesa con l'Organizzazione mondiale delle migrazioni delle Nazioni Unite, per sviluppare iniziative comuni a favore delle donne immigrate.

Questo vuol dire che con la contraccezione affrontiamo il problema dell'aborto o della prevenzione? Non vorrei che si confondessero le carte in tavola. Posso capire che si informino i giovani sull'esistenza dei metodi contraccettivi, ma mi rifiuto di pensare che questo possa essere un tema per la prevenzione dell'aborto. Semmai, è un tema che riguarda la pre-

venzione della malattia, non dell'aborto. Su questo vorrei che ci fosse chiarezza.

MAURA COSSUTTA. Scusi, ministro, ma l'Istituto superiore di sanità dice il contrario.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Come ministro di questo paese ho il diritto di esprimere le mie opinioni. Ebbene, è mia opinione che, mentre ha un senso parlare di contraccezione con riferimento alla prevenzione di una malattia terribile, credo che si debba stare attenti nell'affermare la necessità di controllare le nascite.

Al contrario di voi, mi muovo nel solco della legge n. 194, che all'articolo 1 nega che l'aborto possa essere considerato uno strumento per il controllo delle nascite. Voglio assicurare, in particolare all'onorevole Bolognesi, che c'è un convincimento da parte dell'intera maggioranza, anche dell'onorevole Fini, che è contrario all'aborto...

MAURA COSSUTTA. Anche noi siamo contro l'aborto !

TIZIANA VALPIANA. Anche noi siamo contro l'aborto !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non si percepisce così facilmente che siete contro l'aborto.

MAURA COSSUTTA. Questo è vergognoso !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Vergognoso è il suo atteggiamento quando mi accusa di voler cambiare la legge. Se permette, anch'io ho il diritto di dirle che non si percepisce la sua ostilità all'aborto (*Commenti dell'onorevole Maura Cossutta*).

Ho ascoltato con religiosa attenzione i vostri interventi e vorrei che anche a me fosse consentito di esprimere le mie opinioni.

TIZIANA VALPIANA. Basta che non offenda.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non sto offendendo. È lei che mi offende quando sostiene che voglio attaccare le donne. Moderi le parole, dunque.

GIULIO CONTI. Dal 1995 al 2001 non è mai venuto nessuno, salvo una volta la Bindi ! Una sola volta la Bindi in sette anni (*Commenti degli onorevoli Valpiana, Bolognesi e Maura Cossutta*).

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Sto cercando di rispondere alle vostre argomentazioni, ma posso anche concludere qui, se c'è un problema che definirei di ordine pubblico. Gradirei che mi si ascoltasse civilmente, senza affermare che dovrei vergognarmi. Non devo vergognarmi proprio di nulla, voglio che questo sia chiaro.

Esistono aspetti sui quali possiamo lavorare insieme, a condizione che ci sia buona fede da parte di tutti. Onorevole Bolognesi, lei ha affermato — le dimostro che ho ascoltato tutto e su tutto voglio tentare di rispondere — che sulla bozza di protocollo non mi sono confrontato con le regioni. Trattandosi di una proposta che rivolgo alle regioni, come faccio a confrontarmi con il soggetto a cui devo inviarla ? Stia certa che proprio il meccanismo che ho voluto scegliere, quello dell'intesa in Conferenza Stato-regioni, ci costringe a trovare l'intesa con le regioni. Peraltro, non si tratta di un passaggio obbligatorio, dal momento che la legge prevede, all'articolo 16, che debba essere il ministro a formulare le domande. Io, invece, ho proposto di concertare le domande insieme alle regioni. Questa è la « prova provata » della volontà di arrivare a un percorso condiviso con il sistema delle regioni, proprio perché oggi è un'era diversa rispetto a quella che ha preceduto la riforma del Titolo V.

Del resto, ho notato l'apprezzamento sul metodo da parte dell'onorevole Bindi e dell'onorevole Labate. Posso assicurare al presidente Palumbo che tali questioni sa-

ranno oggetto — una volta presentata la bozza di protocollo e ricevute le proposte delle regioni — di integrazione.

Non voglio sollevare altre polemiche, ma vi assicuro che ce ne sarebbe la ragione, considerando i toni usati da chi ha parlato di terrorismo psicologico. Non vorrei che il terrorismo psicologico fosse imputabile a chi fa riferimento a una religione. Ad esempio, voi avete parlato del Movimento per la vita, ma non potete pensare che il volontariato cattolico, in questo paese, possa servire soltanto a sfamare i barboni a Natale e non anche a tentare di sostenere i diritti di una donna in gravidanza. Vorrei che questo tasso di ideologismo fosse eliminato dalla discussione politica.

MARIDA BOLOGNESI. Sul costo dei farmaci anticoncezionali non mi ha risposto.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Cercherò di rispondere a tutto, ma non avevo colto questa domanda.

Sicuramente ha ragione chi sostiene — lo hanno fatto con particolare chiarezza gli onorevoli Petrella e Labate — che dal 1978 ad oggi si registra un calo del 43,5 per cento di aborti, un dato che non ho avuto difficoltà ad ammettere. Tuttavia, davvero pensate che sia un dato sul quale festeggiare? Forse ritenevate che, con la legge sull'aborto, il numero delle interruzioni di gravidanza dovesse conoscere un aumento? Credo, insomma, che il calo sia una normale conseguenza della legge, ma quello che mi preoccupa è capire come mettere in atto una politica di prevenzione rispetto all'aborto. Personalmente ritengo che questo sia il punto centrale della discussione. Quando si cita la diminuzione del numero degli aborti, sembra quasi che questo debba significare non parlare più della legge n. 194 e disattenderne le norme.

Vi ricordo che la legge n. 194 non parla solo di aborto, ma anche di diritto alla vita, di tutela della maternità, e quant'altro.

MARIDA BOLOGNESI. È sul concetto di prevenzione che sbaglia.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Può darsi che io sbagli, ma consentirà che possiamo avere — e per fortuna — opinioni diverse. Le assicuro, comunque, che ho imparato molto dal dottor Greco. Chi ha avuto modo di ascoltarlo dall'altra parte, forse ne ha dimenticato la lezione. Sono stato parlamentare anch'io, ma non ho mai riservato un trattamento del genere a un ministro. Comunque, siete liberi di adottare l'atteggiamento che ritenete più opportuno.

Ho preso appunti quando voi avete formulato le vostre domande e vorrei rispondere. Mi dispiace che vi innervosiate su ogni cosa che dico, ma anch'io ho il diritto di esprimere la mia opinione.

Forse si vuole smentire quello che ho detto prima, che non ci sono state barricate...

GRAZIA LABATE. Signor ministro, non voglio essere scortese, mi rivolgo a lei con molto garbo. Lei sostiene che noi citiamo il dato del calo del 43,5 per cento degli aborti come se ne fossimo contenti e appagati. Non è così. Citiamo questo dato per dire che se la legge ha prodotto questa diminuzione è stata efficace e si sta muovendo nella direzione giusta. È evidente, però, che l'obiettivo è quello di arrivare al 100 per cento della prevenzione. Su questo siamo tutti d'accordo. Non vorrei che lei desse alle nostre parole un significato...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Quello che lei dice non è una grande novità, per quello che mi riguarda. Per questo mi meraviglia l'enfasi con la quale si riporta il dato della diminuzione degli aborti: l'ho scritto nella mia relazione, dove ho sottolineato che, dal punto di vista dell'interruzione volontaria della gravidanza, questa legge è uno dei sistemi migliori del mondo.

Per queste ragioni mi stupisce la rappresentazione enfatica di un aspetto della legge — la diminuzione degli aborti —, mentre si omette di fare, al contempo, una

considerazione su quello che sarebbe potuto accadere, in positivo, se ci fosse stata più prevenzione. Eppure mi sembra quasi una banalità, che nessuno dovrebbe negarmi il diritto di dire, e invece crea scandalo.

Non credo di dire qualcosa di dissennato. In questo paese possiamo avere due opinioni diverse sulle politiche di prevenzione, ma se ne fosse stata attuata almeno una delle due forse sarebbero nati più bambini. È un delitto aspirare ad una società in cui nascano più bambini? Non credo. È un delitto sperare che nella società diminuiscano le condizioni che possano costringere la donna ad abortire? Non credo che queste siano aspirazioni insensate. Se stiamo dicendo le stesse cose, non le contestate. Lasciatemele dire, ed io sarò l'uomo più felice del mondo. Non mi sembrava, comunque, che il clima fosse questo.

Il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva mi darà la possibilità di conoscere l'opinione del Parlamento sulle politiche di prevenzione. Lo leggerò, dunque, con grande attenzione.

MAURA COSSUTTA. Lo dica al dottor Greco, così si cambia il sistema di sorveglianza della legge!

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Per quanto riguarda le questioni poste dall'onorevole Bindi, credo di aver già risposto, in parte, ad alcune di esse. Richiamando la sua esperienza nello scrivere le relazioni, l'onorevole Bindi ha affermato che le sue relazioni trattavano il riparto delle risorse dei consultori. Ho già spiegato che questo oggi non è più nella disponibilità del ministro, ma è un tema che attiene al Fondo sanitario nazionale. Sulla possibilità di finanziamenti in sede di finanziaria, è legittimo avere opinioni diverse. Ogni Governo, nella definizione delle leggi finanziarie, ha tradizionalmente opinioni diverse, rispetto all'opposizione, sull'attribuzione dei fondi ai vari settori, e segnatamente alla sanità. Per noi passare da 90 a 93 milioni di euro significa aumentare le risorse, per voi la stessa cifra

rappresenta un taglio delle risorse. Comunque, può esservi spazio per una discussione, anche senza frequentare il liceo scientifico, a patto che si riconosca che esiste una differenza profonda fra ieri e oggi.

Che si sia arrivati tardi a questa indagine credo lo riconosca anche l'onorevole Anna Maria Leone, che ha promosso questa iniziativa. Del resto, è innegabile, siamo a fine legislatura. La questione più seria posta dall'onorevole Bindi (alla quale non sarà facile dare risposta in due mesi, ma bisogna almeno provarci) è la seguente: siamo convinti che sia rilevabile il dato sulla prevenzione? Questa è la questione più importante e per affrontarla dobbiamo sforzarci — noi collaborando con le regioni e il Parlamento svolgendo questa indagine — di capire quali sono le domande da formulare per avere risposte utili al fine di affrontare la questione della prevenzione. Non basterà semplicemente un questionario, ma parlo di domande sociali e di questioni che vanno poste ai cittadini.

Da parte nostra, la risposta a questa domanda impegnativa è la proposizione di un metodo concertativo, in particolare con le regioni. È chiaro che bisogna seguire questa strada — rispondo così anche agli onorevoli Labate e Galeazzi —, altrimenti non risolviamo nulla.

Come mai, dunque, si è arrivati tardi a questa indagine? Perché è riesplora la questione? Tenterò di ricostruire cronologicamente i diversi momenti — ringrazio il dottor Greco per l'ausilio prezioso che ci ha offerto nella ricostituzione dei dati che metto a disposizione del Parlamento — che hanno determinato questa scelta.

Questo dibattito — l'ho detto ieri, ma forse non sono stato chiaro — non è cominciato quattro anni fa ed è rimasto nel cassetto della Commissione affari sociali, ma è cominciato a settembre, quando un signore, che probabilmente vedremo in Parlamento nella prossima legislatura, ha deciso di sperimentare, all'ospedale Sant'Anna di Torino, la cosiddetta pillola abortiva.

Storicamente, dunque, questo dibattito ricomincia a settembre. C'era stata la tensione referendaria, ma era tutto passato, e il popolo italiano si era espresso come sappiamo. Del resto, non possiamo impedirglielo, non possiamo chiudere i seggi.

MARIDA BOLOGNESI. Anche sulla legge n. 194 si era già espresso.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. E infatti, non c'è una proposta modificativa della legge n. 194.

TIZIANA VALPIANA. È la conferma che noi l'avevamo chiesto dal 2001.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Voi lo avevate chiesto, ma io ero in tutt'altre faccende affaccendato. Poi mi avete costretto — permettetemi di scherzare con questo termine — a venire qui e adesso mi occupo di questa materia.

A settembre, dunque, è stato avviato un percorso innovativo — con questo non esprimo un giudizio positivo o negativo — presso la struttura ospedaliera di Torino. Questo professore, che diventerà parlamentare, a settembre annunciava la sperimentazione della pillola RU 486. A quel punto, ho dato vita ad un contenzioso con questa struttura, chiedendo garanzie della tutela della salute della donna. In particolare, mi preoccupava che, tra la prima e la seconda somministrazione, a dosaggio differente rispetto a quello indicato nei paesi dove la pillola abortiva è registrata, non ci fosse un controllo medico. Ho chiesto che fosse rispettato il disposto della legge n. 194 — non ho chiesto e non chiedo di modificarla — secondo il quale, nel percorso ospedaliero, è previsto che un medico affianchi la donna che abortisce. Insomma, inizia questo percorso di sperimentazione, che immagino serva per verificare l'efficacia del farmaco.

Nel frattempo, altre regioni credono che lo stesso sia già efficace, ma nessuno ha mai chiesto la sperimentazione di questo farmaco, nemmeno all'EMA. Su questo tema, faccio miei i dubbi posti dal-

l'onorevole Fioroni, in un'intervista al *Corriere della Sera*, laddove, considerando la circostanza che la ditta produttrice non ha presentato domanda in Italia, si è chiesto se ci siano problemi scientifici. Per quanto mi riguarda, mi pongo la questione in termini scientifici, perché se volessi utilizzare argomenti politici potrei fare riferimento a quello che ha affermato l'onorevole Maria Pia Garavaglia, secondo la quale l'adozione generalizzata della pillola RU 486 apre nel paese un'enorme crepa sociale (lo ha scritto lei, su *Il Foglio*, non io).

Ci sono, dunque, argomenti scientifici e politici, ma io voglio restare sul binario scientifico, che è quello che ci deve interessare, tanto è vero che ho chiesto al Consiglio superiore di sanità di verificare che cosa concretamente si possa fare in questo ambito.

Con riferimento all'intervento dell'onorevole Massidda, qualcuno può spiegarmi perché dal 1997 si possono finalmente acquistare all'estero confezioni di farmaci che non sono registrati in Italia, per determinate esigenze dell'individuo certificate dal medico, ma improvvisamente quest'anno si dà luogo a questa richiesta di farmaci? Dal 1997 al 2004 non c'è stata una sola regione, un solo medico che abbia chiesto una sola pillola RU 486. In base alla norma che ho citato, sono arrivate in Italia 10 mila confezioni di farmaci all'anno, senza che mai fosse stata chiesta una sola pillola RU 486. Onorevole Massidda, perché solo quest'anno, e non dal 1997?

Il Parlamento, su queste materie, ha il diritto o il dovere — fate voi — di interrogarsi se non ci sia strumentalità nelle diverse posizioni. Se è vero che, come dite, siete contro l'aborto, non vorrei incentivarlo.

MARIDA BOLOGNESI. Non sa di cosa parla! C'è un limite all'ignoranza! (*Commenti dell'onorevole Valpiana e dell'onorevole Maura Cossutta*).

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Onorevole Valpiana, lei ha posto

una questione giusta. Se l'aborto farmacologico rispetto a quello chirurgico è un'alternativa sicura per una donna, avete ragione voi, ma voglio esserne sicuro.

Di fronte all'ardimento della sperimentazione a Torino, di fronte all'ardimento di quanti vanno a comprare la pillola all'estero, avendo dimenticato di farlo fino al 2004, volete forse che la maggioranza e il Governo tacciano? Tutti possono parlare e noi non possiamo chiedere cosa sta succedendo? Davvero pensate che si debba ridurre all'angolo la voce di chi la pensa diversamente dagli sperimentatori, da quelli che vogliono acquistare all'estero un farmaco, e via dicendo? È davvero una bella pretesa.

MARIDA BOLOGNESI. Ma questo è un intervento istituzionale o da capogruppo di Alleanza nazionale? Non mi pare un discorso da ministro!

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non lo so, faccia lei. Spero di non dover mai sentire da lei un discorso da ministro. Onorevole Bolognesi, siete stati voi a fare i comizi ed io ho risposto puntualmente alle vostre argomentazioni. Se pensate di poter intimidire le persone ed i politici, vi sbagliate di grosso. Credo di aver fatto il mio dovere nell'espore alla Commissione le mie intenzioni e le mie opinioni: ritengo di avere il diritto di farlo. Se pensate che l'Italia possa vedere voi in condizioni di supremazia e noi in condizioni di inferiorità, vi sbagliate di grosso.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Storace e dichiaro conclusa l'audizione.

Sospendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 13,05, è ripresa alle 13,15.

Audizione di rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto nazionale di statistica.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla

applicazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari, l'audizione di rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto nazionale di statistica.

Sono presenti: per l'Istituto superiore di sanità, il dottor Michele Grandolfo, dirigente di ricerca presso il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute; per l'Istituto nazionale di statistica, la dottoressa Roberta Crialesi, dirigente del servizio sanità e assistenza, la dottoressa Alessandra Burgo, capo servizi sanitari e quadro epidemiologico, e la dottoressa Marzia Loghi, ricercatrice nell'area salute materna infantile.

Nel salutare i nostri ospiti, colgo l'occasione per ricordare l'intento dell'indagine conoscitiva in corso, la quale mira a verificare lo stato di attuazione della legge n. 194 senza certamente volerne rimettere in discussione la validità: si tratta, in particolare, di prendere in esame le funzioni attribuite ai consultori e i servizi da essi svolti. Sottolineo anche che non intendiamo controllare l'attività dei consultori, tenuto conto che il loro campo d'azione è amplissimo e non è affatto limitato all'applicazione della citata disciplina.

Ringrazio ancora i nostri ospiti per la loro disponibilità e do immediatamente la parola al dottor Michele Grandolfo, affinché ci illustri la sua relazione.

MICHELE GRANDOLFO, *Direttore del reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità*. L'Istituto superiore di sanità ha realizzato, in collaborazione con il Ministero, le regioni e l'Istituto centrale di statistica, un sistema di sorveglianza attiva per seguire l'andamento del ricorso all'aborto nel nostro paese, praticamente dalla legalizzazione ad oggi. Il sistema di sorveglianza è stato

alla base per la predisposizione delle relazioni che i ministri della sanità e della salute hanno annualmente presentato al Parlamento, come prescritto dalla legge. Il sistema di sorveglianza è stato utile anche per stimolare la formulazione di ipotesi interpretative del fenomeno e, quindi, per poter condurre ricerche di approfondimento ed identificare possibili strategie di intervento per la prevenzione dell'aborto.

Noi, in effetti, abbiamo condotto molte ricerche, alcune anche con modelli matematici, che ci hanno permesso di verificare alcune ipotesi essenziali. La legalizzazione aveva l'obiettivo di eliminare, o ridurre consistentemente, l'interruzione volontaria di gravidanza clandestina. Con modelli matematici abbiamo effettivamente verificato una riduzione dell'80 per cento dell'abortività clandestina stimata nel nostro paese (stimata, appunto, in quanto clandestina e quindi non accertabile) nel periodo compreso tra il 1982 e il 2001. Le stime sono state effettuate attraverso l'uso di tecniche consolidate a livello internazionale che hanno reso possibile valutare il fenomeno: dai centomila aborti clandestini stimati nel 1982, si è passati ai ventimila stimati nel 2001, con una riduzione — ripeto — di circa l'80 per cento. La localizzazione degli aborti clandestini, secondo i nostri modelli matematici, è soprattutto al sud: nel 1982 era localizzato al sud il 70 per cento, nel 2001 il 90 per cento.

La ragione della persistenza degli aborti clandestini al sud — come peraltro la situazione anomala della regione Puglia rispetto alle altre aree meridionali dimostra e come dimostrano anche i nostri studi approfonditi sui movimenti migratori delle donne — risiede nella carenza dei servizi che effettuano l'interruzione volontaria di gravidanza. In un contesto territoriale in cui mancano i servizi di interruzione volontaria di gravidanza — lo abbiamo studiato e verificato — le donne più istruite, ossia quelle provviste in partenza di una competenza maggiore, riescono a cercare salute e servizi, mostrando un atteggiamento — definito in inglese « *health seeking behaviour* » — che è ap-

punto diretto a tale scopo. Le donne che hanno meno competenze, e caratterizzate da una maggiore privazione sociale, tendono invece a ricorrere ancora all'aborto clandestino. La carenza di servizi è, quindi, la causa della persistenza di questo fenomeno.

In Puglia, un'importante regione meridionale dove fin dall'inizio fu organizzata l'applicazione della legge in tutte le USL regionali — anche con l'attivazione, oltre a quanto già previsto, di convenzioni con cliniche private (mediante la quota è del 20 per cento, mentre nell'area pugliese il livello si attesta addirittura intorno al 40 per cento) —, il servizio è garantito ovunque e, in effetti, la Puglia ha presentato il più alto tasso di abortività, come avrebbe dovuto essere per le altre regioni meridionali. Tale risultato indica quale sia stato l'impatto della legge, giacché la regione Puglia ha presentato la più consistente riduzione del tasso di abortività clandestina, dall'anno di massima — il 1982 — ai giorni nostri.

È chiaro che la riduzione del tasso di abortività ha una spiegazione soltanto nell'ipotesi in cui l'aborto sia considerato come ultima *ratio*, e non come una scelta di elezione. Naturalmente, già la legge prescriveva che l'aborto non fosse utilizzato come mezzo di controllo delle nascite e, in effetti, questo era un elemento molto importante. È chiaro, infatti, che se l'aborto fosse stato una scelta di elezione, la sua legalizzazione avrebbe determinato una maggiore facilitazione del ricorso all'aborto e, quindi, avremmo dovuto osservare nel tempo un aumento del tasso di abortività.

Una riduzione così consistente del tasso di abortività è proprio spiegata dal fatto che l'aborto è stato considerato come ultima *ratio*, nel senso che la donna ha tentato — come le nostre indagini hanno verificato —, fino all'ultimo attimo del concepimento, di ricorrere a strumenti per la procreazione responsabile, rivelatisi poi fallimentari: dalle dettagliate analisi dei questionari emerge che il fallimento è dovuto fondamentalmente all'uso di metodi a bassa efficacia, o ad un loro uso

scorretto, da cui è derivata così una gravidanza indesiderata. Se la legalizzazione favorisce la circolazione dell'informazione, così com'è stato, e soprattutto se i servizi si attivano, perché così prescrive la legge, come appunto si attivano i consultori familiari per promuovere la consapevolezza e le competenze sulla prevenzione responsabile, è chiaro che l'effetto che avremmo dovuto osservare sarebbe stato proprio quello della riduzione del ricorso all'aborto. E così è stato.

Sono due le dimostrazioni puntuali e dettagliate di questa interpretazione. Da una parte, il fatto che le donne più istruite, giusto per fare un esempio, hanno presentato una riduzione del ricorso all'aborto più rapida rispetto alle donne meno istruite, e cioè le donne più competenti hanno avuto più possibilità di accedere all'informazione, più possibilità di accedere ai servizi. E, in effetti, la riduzione è stata più imponente e più rapida. Questa è la conferma che si tratta di una questione di competenza da aumentare.

Dall'altra parte, vi è stato un fenomeno un po' più complesso da analizzare — e comunque al riguardo ho presentato documenti —, quello degli aborti ripetuti che nel tempo hanno avuto un'evoluzione. Oggi, a quasi trent'anni dalla legalizzazione, sono la metà di quelli attesi. Noi infatti possiamo stimarli con un modello matematico; possiamo stimare quant'è la proporzione di aborti ripetuti da osservare dopo un certo numero di anni dalla legalizzazione. Per l'anno 2003, infatti, attendevamo qualcosa come un 45-46 per cento di aborti ripetuti; ne abbiamo osservati soltanto il 24 per cento. E se da questi scorporiamo soltanto i dati delle donne italiane, questa percentuale si attesta intorno al 20 per cento.

Questa è l'ulteriore, definitiva dimostrazione che è aumentata la competenza delle donne e delle coppie nel gestire la fecondità con i metodi della procreazione responsabile, ed è stata questa la causa determinante della riduzione dei ricorsi

all'aborto. E ciò è stato ottenuto grazie al ruolo determinante dei consultori familiari pubblici.

Diversa è stata l'evoluzione del fenomeno in altri paesi, dove non esistono servizi come i consultori familiari italiani. E vorrei sottolineare che i consultori familiari italiani hanno una originalità che li colloca come essenziali nel contesto internazionale. La cosa sorprendente è che l'Organizzazione mondiale della sanità, nell'analizzare le caratteristiche dei servizi, dopo tanti anni di riflessioni e alla luce dei fallimenti degli interventi sbagliati fatti nei paesi del terzo mondo, ha svolto una riflessione su quali fossero le caratteristiche essenziali e i servizi di primo livello per la salute della donna e dell'età evolutiva, delineando dei servizi esattamente corrispondenti ai nostri consultori familiari. Il nostro paese, cioè, ha anticipato di oltre venticinque anni le attuali consapevolezze a livello internazionale. In altri paesi questi requisiti sono assenti, non per mancanza di servizi per la contraccezione, o per la procreazione consapevole, ma per assenza di qualità relazionale e capacità di interlocuzione adeguate che aiutino a cogliere divari determinanti degli stati di salute, senza avere un modello riduttivo di tipo biomedico. Proprio tale capacità è espressa nel consultorio familiare grazie alle presenze multidisciplinari. Questa è stata la ricchezza fondamentale del nostro paese.

Vorrei anche sottolineare come non sono sempre state rose e fiori, ma la cosa interessante era proprio la presenza di figure professionali diverse a stretto contatto fisico fra loro (il presidente Palumbo lo sa, avendo condiviso con me l'esperienza dei corsi di formazione nella regione Sicilia, tra l'altro fra i migliori in Italia), che arricchiva le varie competenze, per cui il ginecologo assorbiva in qualche modo le competenze dello psicologo, o del sociologo, o dell'assistente sociale, e viceversa. Vi era, quindi, una condivisione di tale multifattorialità degli aspetti della salute. E questo è stato un elemento determinante.

Naturalmente, dire che i consultori familiari hanno avuto un ruolo determinante nella riduzione del ricorso all'aborto è un'affermazione che si basa, appunto, sulla capacità e sul lavoro che i consultori stessi hanno svolto, pur in difficoltà straordinarie. E su questo vorrei tornare in conclusione.

Tra l'altro — come dimostrano anche altri studi, alcuni dei quali già presentati al Parlamento in precedenti audizioni — quando confrontiamo, per un'area strategica di intervento quale è l'area della nascita, i servizi consultoriali con servizi di altro tipo, privati od ospedalieri — si prenda il caso dei corsi di accompagnamento al parto — riscontriamo da un lato, un più alto grado di soddisfazione, da parte delle donne, per il livello di informazione ricevuto, dall'altro — si tratta però di una percezione femminile, che è importante rilevare ma non ci dice più di tanto —, degli esiti di salute migliori, sia per la mamma sia per il bambino.

E noi, ancora una volta, giustifichiamo tale differenza per il fatto che i consultori familiari hanno una capacità di relazione efficace per determinare crescita di conoscenze, competenze e consapevolezza. Questo è un dato che noi, con le nostre ricerche, abbiamo evidenziato e che abbiamo proposto costantemente in tutte le commissioni nazionali, istituite dai vari ministri, dalla fine degli anni ottanta. Ricordo, *in primis*, che quando il ministro Donat Cattin, nel 1987, istituì un comitato operativo materno-infantile, un tema all'ordine del giorno era la natura e la qualità operativa dei consultori familiari. Venne fuori un documento che proponeva il potenziamento — uno ogni ventimila abitanti — e una riqualificazione dei consultori. Il ministro Donat Cattin prese atto delle risultanze di questa commissione presieduta dal futuro ministro Guzzanti — lo dico perché il ministro Guzzanti successivamente ha avuto al riguardo un ruolo decisivo — e decise lo stanziamento di 25 miliardi per la rete dei consultori familiari nel sud, riconoscendo proprio in tale area una particolare carenza dei servizi. Successivamente, nel 1995, il ministro

Guzzanti, memore di quell'esperienza, in occasione dell'istituzione di una commissione che doveva occuparsi di gravidanza, parto e puerperio, soprattutto per quanto atteneva al problema dell'esenzione dal *ticket* per le visite e le diagnosi in gravidanza, mi pregò di partecipare e dirigere il gruppo di lavoro per rianalizzare quel vecchio documento della commissione di cinque anni prima. Naturalmente, si propose un documento sostanzialmente analogo, dato che il primo manteneva tutta la sua attualità.

La cosa interessante è che, nella discussione della relazione presentata dal ministro al Parlamento, la Commissione affari sociali concordò con il ministro una decisione importante di potenziamento dei consultori familiari e, con il decreto-legge n. 34 del 1996, poi convertito, contenente provvedimenti urgenti per l'edilizia ospedaliera, si introdusse l'articolo 3 che, stanziando 200 miliardi per il potenziamento della rete consultoriale su tutto il territorio nazionale, dava anche l'indicazione, a questo punto con forza di legge, di istituire un consultorio ogni ventimila abitanti. La legislatura cadde, e ci sarebbe da domandarsi come siano stati impiegati quei soldi. Sicuramente una parte bene, un'altra meno.

Devo, comunque, dire di avere una conoscenza diffusissima dei consultori familiari e delle realtà territoriali; credo non ci sia operatore consultoriale che non mi abbia incontrato almeno una volta nell'arco della sua vita lavorativa, così come credo di aver visitato moltissimi consultori familiari, di aver lavorato con loro e di aver realizzato indagini e ricerche molto importanti. Posso, quindi, affermare con molta convinzione che da queste indagini — le colleghe dell'ISTAT sanno quanto sia delicato, nell'indagine campionaria effettuata con metodo scientifico, avere la rispondenza delle persone da intervistare — è emerso che la rispondenza dipende dalla qualità relazionale. Abbiamo svolto indagini con livelli di rispondenza che sfiorano, sempre e costantemente, il 90 per cento, e questo è possibile soltanto con la qualità relazionale (necessaria anche nel-

l'investigazione, dove essa è fondamentale per ottenere dati accurati). E i consultori familiari impegnati in queste relazioni, che hanno lavorato sempre con grande entusiasmo, hanno dimostrato, appunto, di avere queste competenze, meritandosi un giudizio sempre straordinariamente positivo, dal 1987 in poi. Lo dimostra il fatto che, quando le istituzioni si sono domandate cosa fare dei consultori familiari, le conclusioni sono state sempre quelle di un loro potenziamento.

L'ultima commissione, quella per la delineazione e la scrittura del progetto obiettivo materno-infantile, fu istituita dall'onorevole Bindi e presieduta dal dottor Oleari: essa portò a termine il suo lavoro e l'obiettivo fu raggiunto nel 2000. Ebbene, proprio tale progetto materno-infantile pone al centro dei servizi, con un ruolo assolutamente strategico, i consultori familiari, riallacciandosi al decreto n. 34 del 1996, che aveva previsto un consultorio ogni ventimila abitanti, individuando con estremo dettaglio e chiarezza le azioni da fare, gli indicatori per la valutazione della qualità di queste azioni, nonché gli obiettivi da raggiungere.

Esiste, quindi, un quadro completo da cui la progettazione operativa può prendere le mosse per realizzare interventi di promozione della salute, nel campo della salute adolescenziale, in quello della salute della donna, e quindi della famiglia, e nel campo della prevenzione dei tumori femminili. Basta leggere il progetto obiettivo materno-infantile per notare come, in realtà, esso spazia su tutti gli ambiti della salute femminile, dell'età evolutiva, e soprattutto su tutte le problematiche della famiglia. I consultori familiari, quindi, hanno svolto un ruolo importante e hanno ricevuto questo riconoscimento.

Occorre aggiungere che, caduta la legislatura, il progetto obiettivo materno-infantile è rimasto in qualche modo appeso. Per me, che ho avuto un ruolo decisivo nella scrittura del testo, è stato comunque motivo di enorme soddisfazione vedere come la nuova legislatura abbia incorporato integralmente il progetto obiettivo materno-infantile nei livelli es-

senziali di assistenza. Le cose raccomandate in quel caso sono proprio i diritti di salute, così come i livelli essenziali di assistenza rappresentano. Questo è quanto è emerso dal sistema di sorveglianza e dalle ricerche condotte, nonché dall'esperienza del nostro rapporto con le istituzioni. Noi abbiamo assolto ad un dovere essenziale, cioè quello di fornire alle istituzioni gli elementi scientifici per la valutazione, un compito svolto nel rispetto della legge.

Permettetemi, in conclusione, un riferimento personale. Quando sono entrato in istituto come ricercatore, vincendo un concorso pubblico, ho giurato sulla Costituzione e sulle leggi dello Stato. Quando, poi, ho vinto il concorso a dirigente di ricerca ho giurato di nuovo, perché questa era la caratteristica degli statali. Io sono, pertanto, affezionato a questi giuramenti, e ritengo di dover lavorare sempre nel rispetto delle leggi e, soprattutto, dando alle istituzioni elementi di giudizio che abbiano un fondamento scientifico. Se così non facessi, e se così non facessero il mio gruppo di lavoro e lo stesso istituto, violeremmo un mandato istituzionale fondamentale a noi affidato.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Grandolfo per il suo intervento. Do ora la parola alla dottoressa Crialesi, affinché possa offrire il suo contributo all'indagine conoscitiva in corso.

ROBERTA CRIALESI, *Dirigente del servizio sanità e assistenza dell'Istituto nazionale di statistica.* Il contributo dell'ISTAT a questa discussione può solo aggiungere alcuni dati statistici al quadro già delineato dal dottor Grandolfo, spostando l'attenzione, però, più sull'evoluzione del fenomeno dell'abortività volontaria, in quanto l'ISTAT non possiede dati sui consultori.

Sappiamo che questa è un'informazione raccolta ed elaborata dal Ministero della salute. Tuttavia, l'ISTAT, sin dall'entrata in vigore della legge n. 194, ha istituito una rilevazione esaustiva sull'intero territorio nazionale. Ogni anno ven-

gono rilevate informazioni sulle interruzioni volontarie di gravidanza, sulle caratteristiche delle donne che fanno ricorso alla IVG e sulle caratteristiche dell'intervento stesso. Da queste informazioni è possibile dedurre anche alcune notizie riguardo all'uso dei servizi, soprattutto per quanto riguarda il rilascio della certificazione.

Dalle indagini ISTAT, un elemento interessante che emerge a proposito dei consultori familiari è che nel 2003 il consultorio familiare, per la prima volta, è stato il servizio più utilizzato per la richiesta di certificazione da parte di donne che ricorrono ad IVG. Alcuni dati testimoniano che il ricorso al consultorio familiare si attesta intorno al 34 per cento rispetto, ad esempio, al medico di famiglia, o ad altri servizi. Questa è veramente la prima volta che, nel corso della storia delle rilevazioni, raggiungiamo tale percentuale, ovviamente differenziata sul territorio nazionale. Ad esempio, nel centro e nel nord le percentuali sono nettamente superiori alla media nazionale, nel senso che, in particolare, sono del 45 per cento nel centro e del 41 per cento nel nord. Il sud, al contrario, si colloca su valori nettamente più bassi. Occorre segnalare che al nord e al centro è anche maggiore la presenza della popolazione immigrata. E a questo proposito, un elemento che potremmo analizzare meglio è proprio la componente della presenza di donne straniere nell'evoluzione del fenomeno della abortività volontaria. Anche in tale geografia, quindi, la presenza di donne straniere è determinante. Queste ripartizioni, dove è più massiccio il ricorso al consultorio familiare per le richieste di certificazioni, infatti, portano ad individuare le regioni a più forte immigrazione; ma è anche vero che, contemporaneamente, esse sottendono una diversa distribuzione dei servizi sul territorio nazionale, come ha già illustrato il dottor Grandolfo.

Un dato per tutti è tratto, ad esempio, dalla rilevazione effettuata dal Ministero della salute (tutti i dati, le tabelle ed i grafici richiamati sono allegati ad una breve nota che ho portato con me e che

potrete consultare all'occorrenza). Dalle informazioni raccolte, si evince che il sud ha un tasso di presenza di consultori familiari pubblici pari al 3,2 per centomila abitanti, nettamente al di sotto della media nazionale del 4,3 per centomila abitanti. Al nord, invece, si registra una presenza di 5 consultori ogni centomila abitanti e al centro, di poco inferiore, con 4,7 per centomila abitanti. Questo per quanto riguarda il tema più pertinente alla richiesta.

Dalle indagini che l'ISTAT conduce a partire dal 1980 è possibile tracciare anche un quadro molto coerente dell'evoluzione del fenomeno dell'abortività nel tempo. Non diciamo nulla di nuovo, si tratta di dati che dovrebbero essere ben conosciuti, oggetto di relazioni annuali, ma vale la pena sottolinearli, dato il carattere di esaustività della rilevazione dell'Istituto, e dato il carattere di garanzia di validità scientifica e di omogeneità sul territorio nazionale dei dati raccolti, che quindi ci consentono di effettuare con tranquillità confronti significativi. Al riguardo, le rilevazioni sono molto eloquenti, perché, dall'entrata in vigore della legge n. 194 ad oggi, il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza è diminuito sensibilmente. In questo lungo arco temporale, se consideriamo le donne residenti in Italia, si è passati da 209.000 IVG nel 1980 a 124.118 nel 2003 (come dati assoluti).

Si possono, poi, analizzare i livelli di abortività nel tempo. E per fare questo possiamo ricorrere ad un indicatore molto semplice, che è il tasso di abortività volontario, il rapporto tra il numero di IVG da donne in età feconda e l'ammontare di popolazione femminile, appunto, in età feconda. Dal grafico a pagina 2 dell'allegato che abbiamo consegnato, risulta che, se nel 1980 si avevano 15 IVG ogni 1.000 donne, nel 2003 siamo arrivati a 9 interruzioni volontarie di gravidanza ogni 1.000 donne. Ovviamente, il calo ha avuto andamenti e ritmi diversi in questo lungo arco di tempo. C'è stata una fase iniziale, nei primi anni ottanta, di assestamento della rilevazione e anche di emersione del fenomeno della clandestinità, per cui i

tassi e i livelli erano in aumento, raggiungendo il massimo intorno al 1985. Ma già dalla metà degli anni ottanta e fino alla metà degli anni novanta si assiste ad un calo costante, ad una riduzione costante dei livelli di abortività. Il dato si è stabilizzato a partire dalla metà degli anni novanta, attestandosi, comunque, sempre su livelli intorno a poco più di 9 IVG per ogni 1.000 donne. Il dato più recente, quello riferito al 2004, testimonia un piccolo incremento di circa il 2 per cento rispetto all'anno precedente. Parliamo, comunque, sempre di circa 127-128 mila interruzioni volontarie di gravidanza. Si tratta di una lieve ripresa, quindi, che va analizzata meglio per capire cosa contribuisca a tale stabilizzazione e a tale crescita.

In questo ci può essere utile (pagina 3 del nostro documento) l'analisi dell'evoluzione del fenomeno per classi di età. Molto sinteticamente, il dato saliente è che, sicuramente, le donne di età più avanzata, dai 35 ai 49 anni, continuano nel *trend* decrescente, mentre sono le più giovani a far registrare questo incremento. In particolare, l'incremento più consistente si registra proprio tra le donne più giovani, tra i 15 e i 19 anni, anche se i loro livelli di abortività sono nettamente inferiori rispetto alle donne di classi di età successive.

La spiegazione di questo fenomeno è che un importante contributo a tale incremento, soprattutto fra le più giovani, è determinato dal ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza da parte di donne straniere. È la presenza delle donne straniere, infatti, che ha contribuito alla stabilizzazione e alla lieve ripresa, proprio tra le più giovani, del ricorso a questa misura. Le donne straniere, infatti, sono mediamente più giovani delle italiane e presentano, esse stesse, una propensione al ricorso all'IVG di molto superiore rispetto alle coetanee italiane (stiamo parlando di una tendenza oltre 4 o addirittura 5 volte superiore tra le più giovani e tra le più giovani nubili addirittura 6 volte maggiore). I dati a questo riguardo sono veramente eloquenti.

Ovviamente, la presenza di donne straniere condiziona anche l'analisi per caratteristiche della donna. Possiamo osservare, ad esempio, che le donne nubili, recentemente, sperimentano una crescita nei livelli di abortività rispetto alle donne coniugate, cosa che in passato non avveniva. C'è, a proposito, un grafico veramente significativo, in cui si delinea chiaramente una forbice che vede nel 1996 il punto di contatto: i livelli di abortività delle coniugate e delle nubili avevano infatti raggiunto lo stesso livello, poi le curve si divaricano ed emerge questo dislivello, che tende, addirittura, ad ampliarsi, a svantaggio delle donne nubili. Anche in questo caso gioca la componente straniera: sono le donne nubili straniere a causare tale fenomeno.

Visto che la componente straniera è così importante nel determinare l'evoluzione del fenomeno dell'abortività, abbiamo cercato di analizzare i dati scorporando la componente straniera dalla componente italiana. Ebbene, è assolutamente evidente che la presenza di donne straniere maschera, in realtà, un calo sistematico del ricorso all'IVG da parte delle donne italiane. Si tratta di due tendenze contrastanti che sommate, di fatto, si annullano e contribuiscono a quella stabilizzazione che avevamo osservato, o a quella leggera ripresa proprio sulle più giovani e nubili. Tuttavia, non si può non tener conto di questo fattore, se vogliamo capire l'andamento del fenomeno dell'abortività.

In una tabella molto significativa, sono stati messi a confronto i tassi di abortività delle donne straniere e delle donne italiane. Sinteticamente abbiamo considerato tre anni di riferimento (1996, 2000 e 2002): in questo periodo, il numero dei casi di aborti delle italiane passa da circa 9 ogni mille donne (1996) a 8,5 (2000) per poi scendere a 8,1 (nel 2002).

Al contrario, invece, per le donne straniere avevamo 28 casi ogni mille donne nel 1996, passati a 35,5 ogni mille donne nel 2002. Si tratta, quindi, di una componente veramente decisiva nella determinazione del fenomeno in esame.

Un ulteriore elemento da sottolineare è che sicuramente queste donne straniere fanno anche un utilizzo diverso dei servizi: ritorniamo così al dato iniziale, quello cioè dei consultori. Sono infatti le donne straniere che, con maggior frequenza, ricorrono ai consultori familiari pubblici. Il dato è abbastanza netto perché nel 50 per cento dei casi le donne straniere si rivolgono ad un consultorio familiare per ottenere la certificazione, contro il 29 per cento delle italiane, le quali, invece, privilegiano il medico di famiglia.

Sicuramente queste informazioni si possono guardare in maniera più dettagliata, ma, in conclusione, direi che l'arresto del calo del *trend* di abortività volontaria, osservato a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, è dovuto essenzialmente all'aumento della presenza straniera in Italia.

PRESIDENTE. Rinnovo i ringraziamenti per le relazioni svolte e per le memorie scritte depositate presso i nostri uffici. Saranno sicuramente utilizzate dai membri della Commissione per la stesura del documento conclusivo.

MAURA COSSUTTA. Speriamo anche dal ministro...

PRESIDENTE. Gli atti sono a disposizione di tutti. Il ministro li possiede già perché a lui arrivano prima che a noi.

Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre eventuali domande.

TIZIANA VALPIANA. Ringrazio veramente di cuore i nostri ospiti per la loro competenza e la grande gentilezza usata. Non è avvenuto così nella precedente audizione, e questo va sottolineato, perché la gentilezza dovrebbe essere dovuta, in una audizione in Parlamento; pare, invece, che così non sia. Ringrazio, soprattutto, gli ospiti presenti per essere venuti a fornirci dati e fatti invece di raccontarci, con furia crociata, la propria idea del mondo, che poi non corrisponde, come mostrano i dati che ci avete portato, alla realtà. Sono poi

particolarmente lieta perché è la terza volta nella legislatura in corso che il dottor Grandolfo viene in questa Commissione e nella Commissione infanzia. Le altre volte abbiamo avuto un *tête-à-tête*, ora finalmente anche qualcun altro, grazie alla « furia crociata », si interessa di questi argomenti che, invece, io trovo siano basilari e fondamentali in un paese che vuole procedere per la via della civiltà e che soprattutto intende rispettare l'autodeterminazione delle donne, aiutandole — come diceva inizialmente il dottor Grandolfo — a scegliere i servizi sanitari che sono a disposizione, o i servizi sanitari che andrebbero, analizzando la realtà, incentivati.

Vorrei ora porre una domanda — qualora non disponiate di dati per rispondermi, posticiperete la risposta ad un secondo momento — rispetto all'obiezione di coscienza all'interruzione di gravidanza negli ospedali italiani. Provengo da una regione, il Veneto, e da una città, Verona, dove praticamente la totalità dei medici è obietto di coscienza. Questo, evidentemente, da una parte, incrementa il turismo verso le province limitrofe, dall'altra, incrementa sicuramente — io non ho dati, ma li conosco empiricamente — il ricorso all'aborto clandestino. Non c'è dubbio che se un merito la legge n. 194 ha avuto — e dal mio punto di vista ne ha avuti tanti — è stato quello di far emergere un fenomeno clandestino, perché l'emersione, evidentemente, è l'unico mezzo che ci permette di controllare e indirizzare l'andamento della dinamica in esame.

Nella XII Commissione, nelle scorse legislature — in questa non ci è stato possibile, nonostante lo avessimo chiesto dal 2001 —, abbiamo analizzato la relazione del ministro sulla legge n. 194. Il dato emerso — ricordo una relazione svolta dalla collega Cossutta nel 1998 — era l'evidente relazione inversamente proporzionale tra il numero dei consultori familiari presenti in una regione e l'abbassamento del tasso di abortività. Senza indagini conoscitive, di cui in questo momento credo non ci sia bisogno per l'evidenza degli atti che avete portato, credo

che l'indirizzo da assumere sarebbe stato quello dell'incremento del numero dei consultori familiari.

Voglio ricordare — nella lunga esperienza parlamentare è la cosa di cui più mi glorio — che il famoso emendamento alla legge n. 104 del 1996 recava la mia firma. L'obiettivo di istituire un consultorio ogni ventimila abitanti, ma soprattutto un'attenzione alla salute riproduttiva della donna, in tutti i suoi aspetti, fatta di consapevolezza, prima di tutto, quindi di contraccezione, di sostegno alla scelta della maternità come pure della non maternità, senza giudizi ma mettendosi al servizio della donna, credo sia un tema sul quale si dovrebbe ancora lavorare.

Due ore fa ho chiesto al ministro come siano stati utilizzati quei fondi. Mi è stato risposto che il fondo non c'è più, che è cambiata la Costituzione, che queste cose non si possono fare e che, comunque, i consultori e la contraccezione non servono per questo, per cui non c'è stata possibilità di dialogo, per non conoscenza e non competenza in questa materia e rispetto a questi dati da parte del ministro. Io non posso che suggerirvi di fornirglieli, anche se non so con quale risultato.

A fronte di questa problematica fondamentale da voi evidenziata e cioè la necessità di un intervento specifico sulle giovani donne straniere, volto ad implementare, all'interno dei consultori pubblici, le figure dei mediatori culturali (molte giovani straniere, infatti, non hanno la cultura necessaria per accedere al servizio, forse perché non lo conoscono o forse perché non sono neanche avvezze ad averne, mentre in Italia ve ne sono e per giunta di gran qualità), a fronte di tutto questo, noi diamo mille euro a Totti!

Ora, la mia domanda è: con il fondo di 1.140 milioni...

CARLA CASTELLANI. Ma perché deve fare demagogia? Dove sta scritto che dobbiamo dare mille euro a Totti! È stato previsto un tetto!

TIZIANA VALPIANA. No, non c'è. Io ho la finanziaria in mano, ma il tetto non

lo vedo. Ho passato la notte a leggerla. Arrivata a casa «ubriaca» dalla vostra cena, ho passato la notte a leggere il testo della legge finanziaria, ma questo tetto non c'è (*Si ride*).

Con quei 1.140 milioni di euro che buttiamo via per lasciare le donne da sole — perché dare mille euro a qualcuno, forse può rappresentare un sostegno, ma comunque una donazione in danaro lascia una donna sola, non le costruisce nessuna rete di supporto, nessuna rete di servizi —, cosa avremmo potuto fare, secondo la vostra esperienza, dal punto di vista dell'incentivazione delle figure necessarie all'interno dei consultori?

PRESIDENTE. Questo è un problema di natura più squisitamente politica che tecnica. Gli ospiti possono rispondere, beninteso che loro non sono il ministro.

MAURA COSSUTTA. Comincio anch'io con dei ringraziamenti non formali: credo, infatti, che la competenza, il grande lavoro e il contributo che voi portate oggi debba essere utilizzato dalle istituzioni.

Quando prima, interrompendo l'intervento di un collega, ho auspicato che questi dati arrivino anche al ministro, l'ho fatto perché, come accennava l'onorevole Valpiana, abbiamo avuto occasione di ascoltare prima di voi proprio il ministro, il quale ha esposto una certa concezione, che mi ha preoccupato più dei toni usati, mostrando un approccio alla legge n. 194, e quindi ai consultori, privo di corrispondenza sia con quanto avete detto voi, sia con l'introduzione alla relazione annuale che egli stesso ha sottoscritto.

Noi, purtroppo, non abbiamo discusso, come ben sapete, la relazione annuale, e sono anni che ciò non viene fatto. Il ministro è venuto però qui a dire che, di fatto, l'indagine conoscitiva è necessaria perché servono ulteriori elementi di valutazione. E allora, la mia prima domanda, non politica ma tecnica, di competenza, è la seguente: secondo voi, sono necessari ulteriori elementi di valutazione? Sono necessarie modifiche all'interno del sistema di sorveglianza, seguito ovviamente