

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MIMMO LUCÀ

La seduta comincia alle 14,35.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del Ministro della salute, Livia Turco, sullo stato di attuazione della legge n. 40 del 2004 in materia di procreazione medicalmente assistita.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, l'audizione del Ministro della salute, Livia Turco, sullo stato di attuazione della legge n. 40 del 2004 in materia di procreazione medicalmente assistita.

Do la parola al Ministro Turco per la relazione introduttiva.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Sono lieta di poter svolgere questa audizione in Commissione affari sociali sullo stato di applicazione della legge n. 40 del 2004 e di avere l'occasione per approfondire una discussione che considero assai rilevante e necessaria.

Nell'introduzione alla relazione sullo stato di attuazione della legge in questione concludevo dicendo: « Si auspica che, a tre anni dall'applicazione della legge, si continui a riflettere, con grande rigore e

serietà, sulla legge medesima, a partire dagli esiti dell'applicazione delle tecniche, al fine di garantire alle donne e alle coppie la migliore efficacia e sicurezza delle tecniche e al fine di garantire al meglio proprio i principi ispiratori dichiarati dalla legge, che sono la tutela della salute delle donne e la tutela degli embrioni ».

Questo era e resta il mio auspicio, nella consapevolezza che la responsabilità di Ministro della salute mi impone la lealtà istituzionale del rispetto e dell'applicazione di una legge dello Stato e quella della tutela di principi costituzionali intangibili.

Conosco le sensibilità, le culture, gli approcci diversi che sono presenti tra di noi e anche nella società nel suo insieme, che sono stati e continuano ad essere motivo di profonde divisioni e lacerazioni. Non intendo in questo senso semplificare quello che rimane complesso e difficile. Il mio auspicio è che si possa, e soprattutto si voglia, ricercare comunque il confronto e l'ascolto reciproco, premessa ineludibile per ricostruire le condizioni di un pensiero pubblico tanto più necessario quanto ancora inadeguato e di una ragione pubblica capace di rispondere alle sfide inedite che le scoperte tecnologiche e scientifiche consegnano a tutti noi, attraversando la quotidianità delle vite concrete delle persone, dalla nascita, alla malattia, fino alla morte.

È sempre più necessaria una elaborazione sociale, collettiva, perché profondi e inediti sono i cambiamenti. Gli sviluppi tecnologici e scientifici rappresentano una straordinaria occasione di progresso umano, ma contengono anche rischi e criticità, a partire dagli scenari possibili di nuove diseguaglianze e discriminazioni, perché l'accesso alle scoperte biotecnologiche è precluso a miliardi di persone nel

mondo, dalla possibilità che sia l'offerta tecnologica a prevalere e non il bisogno delle persone, dalla trasformazione della possibilità di scelta delle persone in afasia dei soggetti, dallo spaesamento possibile delle coscienze di fronte ai mutamenti della stessa percezione identitaria e antropologica.

Questa complessità della materia che trattiamo e questa profondità va nominata e riconosciuta. Il mio auspicio resta quello che la politica sappia essere sempre più etica, non imprigionata nella tattica asfittica del giorno per giorno, ma proiettata strategicamente nella continua ricerca di valori alti di senso e di significato. Una politica che sappia distinguere tra impossibilità di mediare sull'assolutezza dei principi e dei valori e, invece, possibilità e necessità di costruire basi comuni per le scelte del bene comune. Una politica che non abbia bisogno di supplenze nella legislazione etica, ma che confermi la solidità delle radici profonde e comuni di un pensiero democratico, laico e moderno, all'interno di un mondo sempre più multiculturale e multireligioso.

Il mio auspicio è che la discussione sull'applicazione della legge n. 40 possa restituire ridare valore al merito dei problemi, alla forza delle evidenze, quando dimostrate e verificate, senza illusorie rassicurazioni di certezze aprioristiche, da qualunque parte esse vengano. Questo è il mio approccio, questa è la responsabilità che sento di dover mettere in gioco.

Con questa premessa, entrando nel merito della discussione sullo stato di applicazione della legge n. 40, vorrei sottolineare oggi i punti che ritengo più rilevanti della relazione redatta ai sensi dell'articolo 15, comma 2, della stessa legge, presentata al Parlamento il 30 giugno scorso (già da tempo a vostra conoscenza). La relazione, come prevede la legge medesima, è stata preparata dall'Istituto superiore di sanità, con la collaborazione del Ministero.

Parto dal panorama dell'applicazione delle tecniche della procreazione medicalmente assistita in Italia, che ad oggi è

ancora molto ampio ed eterogeneo. Dovendo leggere la relazione, ovviamente, citerò soprattutto numeri.

I centri operanti sono 330, 132 di primo livello e 198 di secondo e terzo livello. Il numero dei centri è molto elevato, molto più che in altri Paesi europei. Tuttavia, l'offerta delle tecniche appare, per certi versi, inadeguata. In molti centri è ancora insufficiente l'esperienza nell'applicazione delle tecniche, che risulta condizione rilevante per l'acquisizione di professionalità da parte degli operatori.

Per le tecniche di inseminazione semplice, il 41,45 per cento dei centri tratta meno di venti pazienti durante l'anno; il 68,7 per cento dei centri meno di cinquanta pazienti. Per le tecniche di secondo e terzo livello, il 53 per cento dei centri tratta non più di cento pazienti; soltanto il 5,7 per cento dei centri tratta più di cinquecento pazienti. Il 65,1 per cento dei centri effettua meno di duecento cicli l'anno; il numero nazionale di cicli per milione di abitanti è 568 e si attesta su valori medio-bassi a livello europeo.

Esiste un gradiente nord, centro, sud del Paese rispetto ai centri pubblici e privati. I centri privati sono il 53,9 per cento del totale, di cui il 34,8 per cento nel sud, il 28,1 per cento nel centro, il 21,9 per cento nel nord-ovest, il 15,2 per cento nel nord-est. I centri di secondo e terzo livello pubblici e convenzionati sono 97 su 198. Nel sud, i centri di secondo e terzo livello sono il 33,8 per cento, contro una media di circa il 20 per cento nel resto del Paese, e sono in gran parte privati.

Questo è il primo punto che intendo sottolineare, perché è una criticità che deve essere corretta. La qualità dei servizi offerti alle coppie non appare uniforme su tutto il territorio nazionale. Occorrono azioni finalizzate al miglioramento della qualità operativa dei centri e al loro monitoraggio, anche prevedendo, in collaborazione con le regioni, standard qualitativi, strutturali e tecnologici di procedura e di esito, collegati alla verifica della effettiva erogazione dei LEA.

Occorre poi un monitoraggio dei costi a carico delle coppie e sul possibile conse-

guente fenomeno della migrazione delle coppie, da centro a centro, da regione a regione. Questo è il punto di più rilevante criticità della legge, o tra i punti più rilevanti, al quale riteniamo di dover dare una risposta cercando di puntare, d'intesa con le regioni, sia nell'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sia con un apposito atto di indirizzo, al miglioramento della qualità dei centri.

I dati sono stati raccolti con una copertura dell'89 per cento. La raccolta degli stessi viene effettuata in forma aggregata, e non ciclo per ciclo. Questo permette di descrivere il fenomeno, ma non consente una corretta valutazione di efficacia e di sicurezza dei protocolli terapeutici e delle tecniche utilizzate in relazione alle caratteristiche biomediche e cliniche (tipo di infertilità, patologie pregresse) e psico-socio-demografiche (età, residenza, occupazione della coppia).

Persiste, poi, una perdita rilevante di informazione del *follow-up* delle gravidanze, che limita la validità delle risposte che il registro può offrire, in termini di analisi, sulla reale efficacia e sulla sicurezza dell'applicazione delle tecniche. Anche questo secondo punto è di grande rilevanza.

Occorre introdurre una modifica della raccolta dei dati in forma disaggregata, ciclo per ciclo, al fine di una migliore valutazione della sicurezza ed efficacia delle tecniche, in particolare rispetto al tema della salute delle donne e dei nati, in relazione a specifiche tipologie di donne e di coppie: donne con età superiore a 35 anni, donne più giovani, coppie con gravissimo fattore di infertilità maschile.

Per superare le obiezioni del Garante della *privacy*, occorre predisporre uno specifico provvedimento legislativo, rispetto al quale sollecito una comune responsabilità della maggioranza e dell'opposizione. Avevo presentato un emendamento, in sede di discussione al Senato della legge sulla semplificazione, ma — forse non ci eravamo capiti — non è stato accolto.

Come è stato rilevato nel dibattito seguito alla relazione, è stata richiesta una lettura disaggregata dei dati, ma per fare

questo è necessario un intervento normativo, quindi sollecito, ripeto, una comune assunzione di responsabilità. Occorre correggere la perdita di informazione, anche al fine di superare alcune delle obiezioni avanzate alla relazione, che considero condivisibili, anche se non sufficienti a dimostrare conseguentemente la non ammissibilità di qualsiasi analisi o giudizio sull'applicazione della legge.

Ecco i risultati ottenuti con le tecniche di inseminazione semplice. Sono 15.770 le coppie trattate; il 27,4 per cento delle coppie è affetto da problemi di infertilità maschile, il 21,2 per cento da fattore femminile. Sono 26.292 i cicli iniziati, di cui il 55,9 per cento su pazienti con età maggiore o uguale a 35 anni, il 16,9 per cento su pazienti con età superiore a 40 anni. Sono 2.805 le gravidanze ottenute; la percentuale di gravidanze rispetto ai pazienti trattati è del 17,8 per cento, la percentuale di gravidanze ottenute rispetto ai cicli iniziati è del 10,7 per cento (per le classi di età superiore a 40 anni il 6,3 per cento).

Le gravidanze di cui si conosce l'esito sono 1.464, il 52,2 per cento di quelle ottenute. I parti sono 1.114, il 76,1 per cento delle gravidanze con esiti noti. Gli esiti negativi — aborto spontaneo o terapeutico, morte intrauterina, gravidanza ectopica — sono 350; gli aborti spontanei costituiscono il 21 per cento, i bambini nati vivi sono 1.291. Si osserva che l'efficacia della tecnica è correlata al parametro dell'età della paziente.

Questi i risultati con tecnica a fresco di fecondazione assistita: 27.250 coppie trattate, il 35,4 per cento affetto da infertilità maschile, il 35,4 per cento da infertilità femminile, il 13,2 per cento da infertilità idiomatica. Sono 33.244 i cicli iniziati, il 60,7 per cento effettuato su coppie con età superiore ai 34 anni. Il 62,2 per cento dei cicli iniziati rientra nel Servizio sanitario nazionale, il 37,5 per cento nei centri privati. I cicli sospesi, quando non si arriva al prelievo degli ovociti, sono 3.864, l'11,6 per cento dei cicli iniziati. Il 68,7 per cento dei cicli sospesi è per mancata risposta alla stimolazione; il 53 per cento

dei cicli sospesi è relativo a donne con età superiore a 35 anni. I prelievi ovocitari sono 29.345, i trasferimenti ovocitari 25.402, gli ovociti prelevati 209.236 (36,8 per cento inseminati, 12,2 per cento crio-conservati, 51,1 per cento scartati).

Il 47,9 per cento dei centri non ha effettuato alcun ciclo con la tecnica di criopreservazione degli ovociti. I cicli interrotti dopo il prelievo degli ovociti e prima del trasferimento degli embrioni sono 3.943, il 13,4 per cento dei prelievi. I cicli interrotti per mancata fertilizzazione degli ovociti prelevati sono il 48,5 per cento, il 26,4 per cento perché nessun ovocita è stato prelevato.

I trasferimenti effettuati con embrioni prodotti sono 25.402, il 18,7 per cento con un solo embrione, il 30,9 per cento con due embrioni, il 50,4 per cento con tre embrioni. Le gravidanze ottenute sono 6.243. La percentuale di gravidanze relative ai prelievi è del 21,2 per cento; quella di gravidanze riferite ai trasferimenti effettuati è del 24,5 per cento. Le gravidanze trigemine ottenute con tecniche a fresco ICSI e FIVET sono il 3,3 per cento; le gravidanze di cui si conosce il *follow-up* sono 3.603, esitate in 2.680 parti, pari al 74,4 per cento, e 950 esiti negativi, pari al 26,4 per cento. I parti trigemini con tecniche FIVET e ICSI sono il 2,7 per cento; i bambini nati vivi 3.385.

Di seguito, riporto le osservazioni che si possono trarre da questi dati, suggerite dall'Istituto superiore di sanità. L'età avanzata è un parametro penalizzante per il successo dell'applicazione delle tecniche. Se da una parte risulta, quindi, molto importante promuovere un'adeguata e corretta informazione alle donne e alle coppie sulla tutela della salute riproduttiva, essendo l'età avanzata la causa principale della sterilità, è d'altra parte sempre più necessario promuovere incisive politiche pubbliche per la natalità, a partire dalle politiche sociali e per l'occupazione femminile, per rimuovere le cause che ostacolano l'effettiva possibilità di scelta delle donne rispetto al loro desiderio di maternità.

Il costo delle tecniche a totale carico delle donne è assai rilevante (il 37,5 per cento dei cicli avviene nei centri privati) e si configura come una possibile fonte di disuguaglianza anche per la condizione spesso necessitata per le donne di rivolgersi ai centri privati. Occorre monitorare il fenomeno, anche prevedendo conseguenti azioni di programmazione regionale per potenziare l'offerta dei centri pubblici. Sono ancora molto pochi i centri che effettuano la criopreservazione degli ovociti, sebbene questa metodica rappresenti una possibilità di miglioramento delle tecniche. In questo senso, vanno implementati i progetti di ricerca specifici.

Non esiste attualmente, come ricordato, la possibilità di conoscere il dato di quante donne, a seguito dell'interruzione dei cicli, abbiano deciso di ripetere le tecniche di procreazione assistita, sottoponendosi ad una successiva stimolazione. È un dato viceversa significativo, che dovrà essere considerato per valutare il peso delle tecniche sulla salute delle donne.

Più della metà dei trasferimenti avviene con tre embrioni, in controtendenza rispetto a molti Paesi europei, orientati a trasferire un solo embrione selezionato con più alto potenziale di sviluppo, in base alle caratteristiche e all'età della donna, al fine di limitare le gravidanze gemellari, fonti di patologia perinatale e materna.

Si ricorda che la legge vieta la possibilità di fecondare più di tre ovociti, per non produrre più di tre embrioni, e la possibilità del congelamento degli embrioni. Non risulta, quindi, possibile scegliere tra gli embrioni prodotti quelli più vitali per il miglior successo delle tecniche, congelando i rimanenti prodotti. Si affida, quindi, al Parlamento la riflessione su questo contenuto del dettato di legge.

Non è possibile, attualmente, correlare la percentuale di gravidanze e parti trigemini con l'età delle pazienti, in particolare con età inferiore a 35 anni. Questo dato risulta invece essenziale per una corretta valutazione dell'efficacia e della sicurezza delle tecniche, essendo l'indicatore dell'appropriatezza delle tecniche rispetto alla tutela della salute delle donne e dei nati.

La perdita di informazione sul *follow-up* delle gravidanze deve essere corretta, migliorando la capacità di raccolta dell'informazione da parte dei centri e promuovendo la consapevolezza delle coppie che si sottopongono ai trattamenti, al fine di motivarle a collaborare.

Leggo ora i risultati con tecniche di scongelamento di ovociti e di embrioni. I cicli iniziati sono 4.049. Gli embrioni trasferiti dopo lo scongelamento 2.526, il 74,6 per cento; non sopravvissuti 858, pari al 25,4 per cento. Quanto agli ovociti dopo lo scongelamento, inseminati sono 7.500, pari al 55,2 per cento, degenerati 5.684, pari al 44,8 per cento. Le gravidanze ottenute sono 451, 194 con embrioni e 257 con ovociti scongelati. Le gravidanze di cui si conosce il *follow-up* sono 325, esitate in 239 parti, con 89 esiti negativi pari al 27,4 per cento. I bambini nati vivi sono 264.

Anche in questo caso, faccio alcune osservazioni. Rispetto all'assai rilevante percentuale, precedentemente richiamata, di ovociti scartati, è certamente da implementare la tecnica di criopreservazione degli ovociti. Tuttavia, la tecnica di scongelamento degli ovociti produce una percentuale assai rilevante di insuccessi. Il 55,2 per cento degli ovociti scongelati degenera, risultando quindi impedita fortemente alla donna l'opportunità di non essere ulteriormente sottoposta a successive stimolazioni.

La legge vieta il congelamento degli embrioni, quindi è impedita alla donna la possibilità di utilizzare cicli da scongelamento di embrioni, che avrebbero, viceversa, più alte percentuali di successo, il 74,6 per cento. Contemporaneamente, si osserva, però, che lo scongelamento degli embrioni procura, in larga parte, la loro distruzione e che la tutela della dignità degli embrioni prodotti è non solo obbligo di legge, ma anche valore del tutto condivisibile.

Risulta, quindi, questa la criticità più complessa della legge, per la difficoltà di trovare un equilibrio tra valori e principi, tutela dell'embrione e tutela della salute della donna, che sono esplicitamente dichiarati nelle finalità della legge.

Va poi evidenziata quella che a me pare un'eccessiva rigidità nell'impianto della legge, che non prevede, pur nel rispetto di questi valori e principi, la possibilità di scegliere la tecnica più adeguata al caso singolo, ma viceversa prevede, per tutte le donne e le coppie, un unico caso.

Nelle conclusioni della mia introduzione alla relazione, come Ministro della salute, al fine del rispetto del principio costituzionale della tutela della salute delle donne, ho inteso affidare questa criticità alla riflessione del Parlamento.

Infine, cito i risultati con tecniche FIVET ed ICSI, il confronto dei dati 2003-2005. Nel 2003, 120 centri; nel 2005, 169 centri. Nel 2003, 17.125 pazienti; nel 2005, 27.254 pazienti. Nel 2003, gravidanze ottenute 4.807; nel 2005, 6.235. La percentuale di gravidanze rispetto ai prelievi effettuati nel 2003 è del 24,8 per cento, nel 2005 del 21,2 per cento. I trasferimenti effettuati con un solo embrione sono il 13,7 per cento nel 2003, il 18,7 per cento nel 2005. I trasferimenti effettuati con tre o più embrioni, nel 2003, sono il 44 per cento, nel 2005, il 50,4 per cento. La percentuale di parti plurimi, parti gemelari, trigemini e multipli, nel 2003, è del 22,7 per cento, nel 2005, del 24,3 per cento. La percentuale di parti trigemini, nel 2003, è del 2,8 per cento, nel 2005, del 2,7 per cento. Gli esiti negativi delle gravidanze - aborti spontanei, morte interuterina, gravidanze ectopiche -, nel 2003, sono il 23,4 per cento, nel 2005, il 26,4 per cento.

Dai dati che emergono il numero delle gravidanze appare in aumento, ma l'aumento è relazionato a quello del numero dei centri e delle pazienti trattate. La percentuale di gravidanze rispetto ai prelievi si riduce, infatti, di 3,6 punti percentuali e, come differenza percentuale, la riduzione rappresenta il 14,3 per cento del valore dell'indicatore riferito all'anno 2003.

Applicando le percentuali di gravidanze ottenute sui prelievi effettuati nel 2003 ai prelievi eseguiti nell'anno 2005, risulta una perdita potenziale di 1.041 gravidanze. Il numero dei trasferimenti con un solo

embrione è aumentato, ma si osserva che nel 2003 il trasferimento di un singolo embrione poteva avvenire per decisione del medico, in base alle caratteristiche della paziente, nel 2005 avviene invece frequentemente per mancanza di altri embrioni prodotti da trasferire.

Il trasferimento con un solo embrione non selezionato riduce notevolmente le probabilità di ottenere una gravidanza, soprattutto nelle pazienti con età più avanzata. La percentuale di parti plurimi aumenta e si osserva che il dato relativo ai parti trigemini, pur costante, risulta ben superiore al dato raggiunto in Europa già nel 2003: 2,7 per cento quello italiano, rispetto all'1,1 per cento europeo. Aumenta inoltre la percentuale di esiti negativi.

Passo ai risultati di 96 centri con tecniche a fresco, con un confronto dei dati 2003-2005. Per una valutazione statisticamente più attendibile, il meno possibile inficiata dalle oscillazioni dovute alla diversa esperienza dei centri nell'applicazione delle tecniche, alle differenze nei protocolli applicati nel reclutamento delle pazienti, l'Istituto superiore di sanità ha considerato soltanto i centri partecipanti alla raccolta sia dei dati del 2003 sia di quelli del 2005. Questa è una precisazione che mi sembrava doveroso fare.

I cicli iniziati nel 2003 sono 18.867, nel 2005, 18.036. I prelievi effettuati nel 2003 sono 16.764, nel 2005, 15.947. I trasferimenti effettuati nel 2003 sono 14.946, nel 2005, 13.895. Le gravidanze ottenute nel 2003 sono 4.257, nel 2005, 3.626. La percentuale di gravidanze rapportate ai prelievi effettuati nel 2003 è del 25,4 per cento, nel 2005 del 22,7 per cento.

Si osserva che, in questo caso, si conferma la tendenza osservata sulla totalità dei centri e si riduce l'efficacia dell'applicazione delle tecniche. In particolare, si osserva una riduzione delle percentuali di gravidanza rispetto ai prelievi del 2,7 per cento. Espressa in termini percentuali, questa riduzione rappresenta il 10,5 per cento del valore dell'indicatore riferito all'anno 2003; applicando le percentuali di

gravidanza del 2003 al numero dei prelievi eseguiti nel 2005, si perdono 443 gravidanze.

Rispetto alla situazione precedente la legge, si riscontra una diminuzione delle percentuali di gravidanze, con conseguente diminuzione di bambini nati; è più elevata la percentuale di trattamenti che non giungono alla fase di trasferimento o con bassa possibilità di successo; il numero di ovociti inseminati è minore, ma il numero di embrioni trasferiti è superiore; è più elevata l'incidenza di parti plurimi, con conseguenti effetti negativi immediati e futuri per i nati e per la madre; sono aumentati gli esiti negativi delle gravidanze.

Queste sono le evidenze indicate nella relazione che ho ritenuto opportuno sottolineare e che mi sembra giusto approfondire con voi.

Colgo l'occasione per informare circa gli interventi che sono stati realizzati dopo la presentazione della relazione, il 30 giugno 2007. Si tratta di progetti di ricerca - che vi consegno - in applicazione dell'articolo 2 della legge, finanziati utilizzando i fondi stanziati negli anni 2005 e 2006, a cui attribuisco una particolare importanza. Tali progetti intendono essere una risposta, anche se parziale, ad alcune delle evidenze da tutti riconosciute.

In Italia, le pazienti arrivano in età avanzata ad una diagnosi di infertilità e l'età avanzata delle donne che accede alle tecniche è motivo di insuccesso delle tecniche medesime; la prevenzione primaria delle cause di infertilità, l'informazione corretta alle donne e alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione assistita, le campagne di informazione rivolte a tutta la popolazione, a partire dai giovani, e, più in generale, la tutela della salute riproduttiva sono fondamentali obiettivi di salute pubblica. Credo che questo sia un aspetto della legge che merita massima attenzione e, per parte mia, intendo porre massima attenzione nell'applicazione della legge.

Inoltre, la qualità operativa dei centri va migliorata, anche implementando la ricerca su alcune specifiche metodiche.

Abbiamo previsto, con l'Istituto superiore di sanità, che queste siano le aree rispetto alle quali utilizzare l'articolo 2 della legge. In questo senso, sono stati finanziati progetti specifici di ricerca, alcuni dell'Istituto superiore di sanità, altri presentati da enti esterni e sottoposti preventivamente alla valutazione di esperti nelle materie in cui vertono i progetti stessi.

I progetti, come ho detto, sono finalizzati alla prevenzione e allo studio delle cause dell'infertilità, all'informazione e alla salute riproduttiva dei giovani, alla conservazione della fertilità nei pazienti oncologici, allo studio di procedure innovative per l'identificazione dei fattori etiopatogenetici dell'infertilità maschile, alla valutazione degli effetti delle radiazioni ionizzanti sulla spermatogenesi umana, nonché allo studio della qualità dei gameti, allo studio sulla criopreservazione degli ovociti e sul *follow-up* dei nati a seguito di queste tecniche, allo studio su cicli singoli di trattamento delle tecniche di procreazione medicalmente assistita e sui nati, alla valutazione di poliformismi genetici correlati con risposta alla stimolazione ovarica controllata, e infine allo studio sull'incidenza delle coppie italiane che si rivolgono a centri esteri per l'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Infine, per quanto riguarda la criticità dei centri, ritengo che sia necessario un forte impegno da parte dell'azione di governo, d'intesa con le regioni. Ciò che può fare il Governo è un atto di indirizzo nei confronti delle regioni per sollecitare un'omogeneità degli standard.

Non parlo oggi dell'aggiornamento delle linee guida. Come sapete, le linee guida sono previste dalla legge e hanno una procedura, a cui mi attengo, che prevede il parere dell'Istituto superiore di sanità e del Consiglio superiore di sanità. Si tratta di un decreto ministeriale, però, data la rilevanza del tema, pur essendo le linee guida strumento attuativo della legge e non strumento che può intervenire su di essa, mi pare necessario e doveroso, prima

dell'adozione del decreto ministeriale, svolgere una discussione nelle Commissioni parlamentari competenti.

L'elaborazione delle linee guida è in corso. Come sapete, è stato acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità, che io trasmetto per intero, non soltanto nelle sue conclusioni, ma anche nel dibattito, a queste sedi. Sono intervenuti fatti significativi, come la sentenza di Cagliari, che hanno richiesto da parte nostra un approfondimento nella stesura delle linee guida.

Prima di interpellare le Commissioni parlamentari, anche se su questo abbiamo avuto un dialogo costante, credo che le associazioni delle coppie e di donne che si occupano di questi temi debbano essere coinvolte.

Come vi ho detto, l'elaborazione delle linee guida è in corso, tuttavia, pur trattandosi di un decreto ministeriale, è mia intenzione coinvolgere in modo preventivo e approfondito le Commissioni parlamentari competenti.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro Turco.

Do la parola ai deputati che intendano porre quesiti o formulare osservazioni.

DOMENICO DI VIRGILIO. Signor Ministro, la ringrazio per la sua relazione, che naturalmente andrebbe approfondita, quindi richiederebbe che tutti noi intervenissimo.

Ho apprezzato molto l'introduzione, sebbene lei abbia espresso delle osservazioni che — mi permetta di dirlo — inficiano la conclusione. Quando lei afferma che solo il 5-6 per cento dei centri tratta più di cinquecento pazienti, indica già che l'esperienza è importante anche nell'acquisizione dei successi.

Lei afferma, inoltre, che non c'è un'uniformità nella qualità delle prestazioni, che non è possibile una corretta valutazione dei dati — sono le sue parole —, che c'è una perdita rilevante dei dati del *follow-up* delle gravidanze, alla quale bisogna rimediare per avere una fotografia reale di quello che è avvenuto prima e dopo la legge n. 40 del 2004.

Intanto, dobbiamo dire che tale legge prevede una gradualità delle tecniche (inseminazione e poi tecniche di secondo e terzo livello) che prima della sua approvazione non esisteva. È difficile, dunque, paragonare dei dati quando non sono omogenei i gruppi trattati prima e dopo quella legge. Il successo non è dato solo dalle gravidanze, ma anche dalle nascite effettive. Come si evince dalla relazione, nel 41,3 per cento dei casi non emerge l'esito della gravidanza. Quella dello scarso successo della legge n. 40 - lei ne parla nella conclusione della relazione - è una valutazione che non può essere fatta da nessuno; ci sarebbe una perdita del 3,6 per cento rispetto al 2003, pur avendo avuto un maggior numero di accessi. Nel 2005 (tra l'altro, vorrei chiederle come mai l'Istituto superiore di sanità si è limitato al 2005 e non ha preso in considerazione il 2006), gli accessi sono stati 27.254 e, nel 2003, 17.125. Questo indica come le coppie italiane siano sensibili all'idea di avere un bambino, come è giusto che sia. Questo desiderio va appagato, considerando il progresso scientifico e tecnologico, ma d'altra parte bisogna considerare l'aumento dell'infertilità di coppia e dell'abortività.

Le linee guida del 21 luglio 2004 denunciano chiaramente che «l'età della donna è uno dei principali limiti alla fertilità umana; con l'età, inoltre, aumenta il rischio di abortire spontaneamente. Tale rischio risulta essere pari al 10 per cento per le donne di età inferiore ai 30 anni e superiore al 34 per cento per le donne intorno ai 40 anni». Le chiedo se questo dato emerge - a me sembra di no - dall'analisi dei dati del 2005; sarebbe importante per giudicare con maggiore correttezza e paragonare i dati del 2005 e del 2003.

In secondo luogo, la legge n. 40 vieta la crioconservazione degli embrioni. Lei ha giustamente ricordato come nello scongelamento di embrioni crioconservati precedentemente - lo ripeto, la legge n. 40 non lo permette - si registri una mortalità degli embrioni stessi. Lei ha fatto un richiamo alla eticità, nel senso lato del

termine - qui non c'entra niente la confessione religiosa -, senza preconcetti e ideologie. È chiaro che la tutela del diritto alla vita del concepito deve essere uno degli obiettivi principali di qualsiasi Stato, ma questo va associato allo studio delle cause della sterilità. Non possiamo pensare che una coppia sterile possa accedere immediatamente alle tecniche di procreazione assistita, senza prima accertare le ragioni della sterilità. Mi sembra che la relazione tenga poco conto di questo aspetto e molto più conto, invece, della ricerca dei dati in rapporto alle tecniche di procreazione assistita.

Un'ultima osservazione riguarda gli embrioni, che si creda o no che la vita abbia inizio dal momento del concepimento. Io lo credo, su base scientifica, tanto che si parla di pre-embrione già al quattordicesimo giorno; si dice che fino al quattordicesimo giorno non è vita, mentre dopo si svilupperebbero il cervello e le zone contigue. Nel dubbio, intanto, mi asterrò dal provocare la distruzione di un embrione, e questo dovrebbe valere anche per chi non ha la convinzione biologica che la vita inizi dal concepimento.

Le domando se non sia un fatto positivo che questa legge, non permettendo la crioconservazione, abbia salvato migliaia di embrioni destinati alla distruzione, sia prima della fecondazione, sia dopo lo scongelamento per la crioconservazione.

Da ultimo, vorrei fare un accenno alla crioconservazione degli ovociti. Quando discutemmo in Assemblea la legge n. 40, fui tra i presentatori dell'emendamento sulla crioconservazione degli ovociti. Le domando come mai non si destinino finanziamenti allo studio degli ovociti. Lei ha giustamente accennato al problema che gli ovociti, una volta scongelati, sono più fragili, ma questo avviene perché oggi non abbiamo tecniche adeguate. Se potessimo approfondire lo studio non sull'embrione, ma sui gameti, questo permetterebbe una scelta degli ovociti e degli spermatozoi migliori e di avere un maggiore successo, senza provocare - indipendentemente dalle proprie convinzioni - una distruzione di cellule fecondate, che per me (ma

anche scientificamente) costituiscono già vita, mentre per altri sono solo un ammasso di cellule.

DONATELLA PORETTI. Ringrazio il Ministro Turco per la sua presenza in Commissione.

Mi fa piacere intervenire dopo l'onorevole Di Virgilio, il quale, nonostante i dati drammatici della relazione annuale, continua a sostenere una legge che è indifendibile da ogni punto di vista. Non credo che i numeri elencati dal Ministro possano fare felice chi ha sostenuto quella legge, tanto meno chiunque, a qualunque titolo, si sottoponga oggi ad interventi di fecondazione assistita in Italia. Per fortuna, ci sono persone che se lo possono permettere e vanno all'estero. Alcuni dati, che non appaiono nella relazione annuale ma purtroppo si conoscono, rivelano che, dall'entrata in vigore della legge, il numero di coppie che si reca all'estero è addirittura quadruplicato. Se prima si trattava di una scelta libera, oggi è una scelta obbligata, dal momento che in Italia alcune tecniche sono vietate. Penso, *in primis*, alla fecondazione eterologa, che sappiamo essere, in alcuni casi, l'unica tecnica cui si può fare riferimento per avere un figlio.

Al di là del desiderio della coppia di realizzare il sogno di avere un figlio, credo che dovremmo volare un po' più basso e parlare di una malattia. Si sta parlando di persone che hanno problemi da un punto di vista sanitario e che, per questo, accedono a tecniche sanitarie. Il problema nasce nel momento in cui queste tecniche, che erano permesse in Italia prima della legge n. 40 e sono permesse nel resto del mondo (mi riferisco in particolare all'Unione europea, e non ai Paesi in cui si fanno interventi selvaggi), in Italia, attualmente, non sono più praticabili. Stiamo parlando di interventi sanitari: sarebbe come dire che oggi è possibile fare i trapianti di cuore, ma in Italia questi trapianti sono vietati perché si è deciso che il cuore di una persona appena morta va tutelato. È una scelta che potrebbe anche venire in mente a qualcuno, non è così pazzesca; sappiamo come i trapianti

di organi siano un argomento delicato, ancora oggi, nel 2007.

Questa mattina abbiamo tenuto una conferenza stampa con altri colleghi parlamentari, capigruppo e componenti della Commissione affari sociali, alla quale era presente l'Unione (tranne l'Udeur, tengo a specificarlo). Alla conferenza stampa abbiamo invitato anche le associazioni dei pazienti e, in parte, la società medica e scientifica.

Signor ministro, ho con me una raccolta di appelli e richieste che sono state inviate al suo Ministero; gliele consegno, anche se sicuramente le avrà già ricevute. Lei conosce, dunque, le richieste che provengono dai pazienti e dalla società medico-scientifica.

Noi stessi ci siamo associati a queste richieste per intervenire quanto prima sull'aggiornamento delle linee guida della legge n. 40. Mi auguravo che oggi lei ci dicesse qualcosa su tale aggiornamento, e credo davvero che il tema della diagnosi pre-impianto ormai si sia imposto, purtroppo non grazie a un voto delle aule parlamentari e non per un intervento del Ministro, ma addirittura per l'intervento di un tribunale. Purtroppo, l'Italia è fatta così. Del resto, anche il testamento biologico pare si imponga attraverso tribunali e Corte di cassazione, anziché attraverso le aule parlamentari.

Come dicevo, ci siamo associati alle richieste di intervenire quanto prima sulle linee guida. Credo che il suo intervento e i suoi appunti a margine dei dati che ha richiamato, in particolar modo sul divieto di crioconservazione degli embrioni, impongano alla Commissione di intervenire. Certo, lei ha parlato di equiparazione della salute della donna e della salute dell'embrione, ma credo che si debba innanzitutto tutelare la salute delle persone che sono in vita; e se davvero c'è un danno alla salute delle persone in vita, credo che occorra intervenire per salvaguardarla.

Le consegno queste richieste e la informo che tante persone stanno seguendo l'audizione da una sala collegata. L'attenzione su questo tema è molto viva e non

si è perso affatto il patrimonio di dibattito e di richieste raccolto all'epoca del referendum.

Credo sia fondamentale, da parte della maggioranza e di tutti quegli esponenti della passata maggioranza che si erano dichiarati disponibili a rivedere, quantomeno, le parti più contestate e critiche, intervenire nuovamente sulla legge, ed è altrettanto fondamentale che questa Commissione se ne faccia carico.

Le consiglio di leggere, per curiosità, il libro scritto da un ginecologo che, praticando la fecondazione assistita, si è trovato travolto dalla legge n. 40; successivamente, si è dedicato alla ricerca e alla conservazione delle cellule staminali del cordone ombelicale, e si è trovato nuovamente travolto da un'ordinanza e da un divieto a fare questo.

Sono divieti che, in parte, lei ha ereditato; in parte, sono divieti che ha voluto mantenere, e in parte divieti in merito ai quali io la sollecito a farsene carico e ad assumere delle decisioni, possibilmente più durature rispetto alle ordinanze o a altre circolari.

A proposito di embrioni crioconservati, mi permetto di ricordarle il caso degli embrioni orfani destinati ad una bio-banca di Milano attraverso un decreto sul quale, se lei volesse, potrebbe intervenire. Li crioconserviamo in eterno o li destiniamo alla ricerca?

TOMMASO PELLEGRINO. Innanzitutto, desidero ringraziare il Ministro perché, ancora una volta, ha dimostrato una grande sensibilità nel confrontarsi con le Commissioni parlamentari competenti su temi particolarmente importanti e delicati, come quello della legge n. 40 del 2004.

Sono fermamente convinto che ci troviamo di fronte ad una legge inadeguata, che ha prodotto una serie di problematiche, molte delle quali sono state messe dettagliatamente in evidenza dai dati presentati oggi dal Ministro Turco.

C'è un problema serio riguardante proprio le linee guida, che, in tante situazioni, sono in contrasto con la legge n. 40; è vero che le linee guida dovrebbero rappresen-

tare lo strumento attuativo della legge ma, in alcuni casi, esse creano difficoltà di interpretazione o, addirittura, delle interpretazioni diverse da quelle previste originariamente dalla stessa legge.

Mi fa piacere che il Ministro reputi necessario l'aggiornamento delle linee guida, perché, così come sono, esse producono purtroppo una serie di dati negativi; è bene che, come diceva anche la collega Poretti, da questo dibattito emergano i punti di criticità sui quali si dovrà intervenire, per modificarli in modo puntuale.

Tutto questo va in direzione della salute della donna, della tutela psicologica della coppia e anche della salute del nascituro, principi che purtroppo, nella legge n. 40 e nelle attuali linee guida, non sempre sono tutelati e tenuti nella giusta considerazione.

D'altra parte, è sufficiente osservare i numeri. A mio avviso, quando si sottopone a verifica una legge, se i dati forniti non provengono soltanto dalle associazioni di categoria ma anche da istituti importanti (come l'Istituto superiore di sanità ed altri), abbiamo il dovere istituzionale, indipendentemente dall'appartenenza politica, di effettuare un'analisi critica di quei dati e, laddove ci siano delle difficoltà, di intervenire, nell'interesse delle coppie e di tante donne.

Reputo inaccettabile, ad esempio, che un numero così elevato di coppie siano costrette a recarsi in altri Paesi per sottoporsi alla fecondazione assistita, ritenendo che all'estero vi siano maggiori garanzie e sicurezza. È una grande discriminazione, non solo perché questa strada può essere intrapresa solo da chi se lo può permettere economicamente, ma perché ritengo che uno Stato debba tutelare i suoi cittadini e garantire loro tale possibilità nel proprio territorio, senza costringerli a recarsi in altri Paesi per avere un servizio adeguato o minori problematiche riguardo alla gravidanza.

È evidente che i problemi sono tanti: è in aumento la percentuale degli aborti e in diminuzione il numero delle gravidanze, che in poco più di un anno sono state poco

più di mille; le probabilità di attecchimento sono sempre più basse, ridotte circa del 15 per cento. Di fronte a questi dati, non possiamo assolutamente far finta di nulla.

Due punti mi stanno particolarmente a cuore, in primo luogo quello relativo alla ricerca. Penso che su questo tema dobbiamo fare un po' di chiarezza; ci sono, nei laboratori italiani, tantissimi embrioni inutilizzabili che, a mio avviso, possono essere sfruttati per la ricerca. Spesso, da più parti, vengono fatti appelli per lo sviluppo della ricerca nei diversi settori. Alcune forze politiche sostengono fortemente l'importanza della ricerca sugli organismi geneticamente modificati; alcuni ritengono addirittura che la ricerca sul nucleare sia importante per la soluzione dei problemi energetici del nostro Paese. Chiedo a tali forze politiche la stessa coerenza per quanto riguarda l'utilizzo di questi embrioni per la ricerca. Considerato che, oggi, le problematiche genetiche sono importanti in una serie di patologie, ritengo che sia una grave perdita per la nostra ricerca non poter fare uso di questi embrioni, non utilizzabili per altri scopi.

Il secondo punto è relativo alla diagnosi pre-impianto. Anche in questo caso, non possiamo demandare continuamente le decisioni alle aule di tribunale. Nel Paese è aperto, ormai, il dibattito su una politica che non ha più credibilità e che è sempre più distante dai cittadini. Io penso che lo sarà sempre di più, se continuiamo a deresponsabilizzarci e a non considerare che, attribuendo le responsabilità ad enti diversi da quelli istituzionali, dello Stato, del Governo e del Parlamento, la distanza dai cittadini non potrà che aumentare.

Sono troppi, ormai, gli argomenti sui quali chiamiamo a decidere le aule di tribunale, come è purtroppo accaduto con la sentenza di Cagliari, con la quale un tribunale di buon senso ha giustamente e legittimamente autorizzato una diagnosi pre-impianto in una donna portatrice di beta-talassemia. Ritengo, tuttavia, che questo non sia accettabile: portiamo spesso avanti delle battaglie contro gli aborti, ma

il risultato di questa legge, dell'impossibilità della diagnosi pre-impianto, è l'inevitabile aumento degli aborti.

Pertanto, rispetto a questo punto, noi dobbiamo riassumerci una responsabilità; lo abbiamo constatato anche ieri con riferimento al tema del testamento biologico: il vuoto legislativo ha fatto sì che il tribunale sia stato chiamato a decidere al posto delle istituzioni, che dovrebbero, invece, legiferare. Questo lo abbiamo riscontrato anche in altri settori, come in quello universitario e in altri ancora.

Iniziamo, quindi, a colmare questi vuoti legislativi e ad intervenire assumendoci le nostre responsabilità, senza fare alcun appello alla bioetica. Penso che la bioetica in questo caso non c'entri assolutamente nulla e che sia necessario un atteggiamento di responsabilità e buon senso da parte di tutti noi, perché è evidente che non possiamo continuare a restare sordi di fronte alle tante segnalazioni provenienti dagli operatori del settore, dalle associazioni di categoria e dalle tante coppie che continuamente ci scrivono e ci segnalano la loro situazione di disagio e di difficoltà.

Ritengo che, rispetto a questo problema, abbiamo il dovere di dare delle risposte concrete; è altrettanto chiaro che, per quanto riguarda il problema della sterilità, dobbiamo rivedere il concetto di « patologia », perché in Italia c'è un problema aperto per quanto riguarda i DRG in Italia (a questo proposito ho predisposto anche un'interrogazione, che segnalerò al Ministro).

La rilevante problematica legata ai DRG riguarda tutte le patologie, che nel nostro Paese andrebbero a mio avviso riadeguate, aprendo anche un confronto con le società scientifiche delle singole branche di specializzazione. Tuttavia, anche in questo caso, sarebbe utile il riconoscimento della sterilità come malattia, affinché sia inquadrata in un DRG adeguato. Anche questo è particolarmente importante.

Sono diversi i punti da affrontare, molti dei quali sono stati chiaramente sollevati; ma ciò che a noi interessa, il principio di fondo sulla base del quale

occorre quantomeno rivedere le linee guida, è che non possiamo restare sordi di fronte a dati che ormai sono evidenti e rispetto ai quali è giusto confrontarsi.

Dobbiamo essere aperti a tutte le soluzioni, e credo sia un grave errore difendere una situazione che non può assolutamente continuare in questo modo. Mi fa piacere che oggi si sia svolta una conferenza stampa con tutte le forze del centrosinistra - tranne l'Udeur - che, compattamente, hanno messo in evidenza queste situazioni e, con grande responsabilità, hanno dichiarato la loro intenzione di porre mano ad un aggiornamento delle linee guida e ad una riforma vera, che riguardi anche la legge n. 40.

KATIA ZANOTTI. Signor presidente, sarò più breve dei colleghi che mi hanno preceduta.

Ciò che oggi il Ministro ci ha illustrato trova riscontro nella sua relazione sullo stato di attuazione della legge n. 40 del 2004, una relazione molto complessa, che cercherò di sintetizzare. Sono stati formulati alcuni rilievi e alcune proposte rispetto ai centri, e non solo. Nella presentazione si legge: « Rispetto alla situazione precedente la legge, è avvenuta una diminuzione delle percentuali di gravidanze, con conseguente diminuzione di bambini nati; è più elevata la percentuale di trattamenti che non giungono alla fase del trasferimento o con bassa possibilità di successo (trasferimento di un embrione non elettivo); il numero di ovociti inseminati è minore, ma il numero di embrioni trasferiti è superiore; più elevata è l'incidenza di parti plurimi, con conseguenti effetti negativi, immediati e futuri per i nati e per la madre; sono aumentati gli esiti negativi delle gravidanze ». Il lavoro svolto dall'Istituto superiore di sanità conferma quanto afferma il Ministro Livia Turco nella sua relazione.

Dopo questa relazione, signor Ministro, sono intervenuti alcuni fatti nuovi, che desidero esporre sulla base della condivisione del giudizio da lei formulato nella

sua presentazione, basata sull'elaborazione dei dati a distanza di tre anni dall'applicazione della legge.

Anzitutto, vi è stata la sentenza di Cagliari: dopo una precedente sentenza, che sappiamo essere stata respinta solo per vizi di forma, senza che la Consulta sia entrata nel merito, il tribunale di Cagliari ha emesso una sentenza che ha riconosciuto il diritto alla diagnosi pre-impianto ad una coppia di portatori di talassemia. Ricordo peraltro al Ministro - ma è noto a tutti i colleghi - che il testo della legge n. 40 non fa divieto esplicito di diagnosi pre-impianto, anzi: sono le linee guida che introducono un'interpretazione restrittiva, parlando di « diagnosi osservazionale ». I colleghi lo sanno, perché se ne è discusso a lungo; così come sanno che una donna che volesse verificare lo stato del feto effettua delle indagini e, di fronte al diniego di diagnosi pre-impianto, in caso di feto malformato, decide di abortire.

È successa un'altra cosa, signor Ministro: la ribellione delle donne, che rifiutano l'impianto dei tre ovociti obbligatorio per legge. Ne parlo perché abbiamo letto sui giornali - il *Corriere della sera*, in particolare - che sono stati presentati esposti alle direzioni sanitarie con cui si chiedeva ai medici di non impiantare i tre embrioni. Naturalmente, questo accade perché le donne giovani non desiderano parti trigemellari, mentre le donne di età più adulta non vogliono feti malformati. Il medico, in questo caso - qui sta l'incongruità della legge -, non può distruggere l'embrione, non può crioconservarlo, e sarebbe obbligato ad impiantarli sapendo che, qualora la donna rifiutasse l'impianto dei tre ovociti, non sarebbe passibile di alcun tipo di sanzione, perché la legge non lo prevede.

È intervenuto anche il parere del Consiglio superiore di sanità, il quale, interpellato dal Ministro per la predisposizione delle linee guida, sollecita che la possibilità di accesso alle tecniche di fecondazione sia data anche agli uomini fertili portatori di malattie infettive sessualmente trasmissibili (come l'HIV, per intenderci) e invita il Ministro ad un'apertura in tal senso, con-

sigliando, anche a titolo personale, alle singole persone e alle coppie portatrici di malattie genetiche di effettuare la diagnosi pre-impianto.

Cito questi fatti in modo molto diretto, ma anche molto semplice, perché rappresentano un dato sul quale è impossibile non interloquire, stante anche l'autorevolezza dei soggetti, il tribunale, da una parte, il Consiglio superiore di sanità, dall'altra, nonché quel « soggetto » che è rappresentato dalle donne, le quali vivono concretamente sul loro corpo la sofferenza causata dalle tecniche invasive, spesso reiterate, dal momento che i tentativi effettuati, come indicano i dati e la legge, falliscono frequentemente.

Mi fermo qui perché non vorrei insistere troppo. Il Ministro, nella sua introduzione, ha detto che c'è un problema di equilibrio, di ottemperanza ad un quadro di valori e di principi che prevedono, da una parte, la tutela della salute della donna e, dall'altra, la tutela della dignità dell'embrione. Io, naturalmente, sono d'accordo; tuttavia, ho l'impressione che in questo momento siamo di fronte ad un forte sbilanciamento a scapito della tutela della salute della donna.

Peraltro, una sentenza della Consulta di trent'anni fa ha affermato esplicitamente che occorre privilegiare la salute e l'interesse di chi è già persona rispetto a chi persona deve ancora diventare. Non intendo riaprire la questione relativa all'embrione e al suo essere, o meno, una persona: riconoscerlo o non riconoscerlo dipende dalla coscienza individuale e dai valori che ciascuno di noi ha.

Ho l'impressione che, se noi, nel ragionare su ciò che di questa legge non funziona, non ci libereremo da una lettura ideologica che, purtroppo, ha viziato pesantemente la costruzione di questa legge, aggraveremo la situazione, i cui dati sono stati sintetizzati con parole molto chiare e semplici dal Ministro Turco nella sua presentazione.

Le persone che hanno disponibilità finanziaria si recano all'estero per la fecondazione assistita, generando un *business* vergognoso e con scarse garanzie anche in

termini di percorsi terapeutici e di controlli necessari. In sostanza, chi non ha i soldi non ci va.

Mi auguro che tutti siamo consapevoli che ci troviamo di fronte alla necessità di leggere questi dati nel modo più oggettivo possibile. Io me lo auguro, e lo auguro al Ministro perché credo che l'aggiornamento delle linee guida sia l'occasione giusta per farlo.

Vorrei che il Governo non perdesse questa occasione, Ministro, perché ritengo - come la collega Trupia ed il gruppo di Sinistra democratica - che porre mano ad una revisione radicale della legge n. 40 dopo tre anni di applicazione comporti un percorso molto più lungo e complicato. È ancora più complicato, me ne rendo conto, perché in questo senso non è una stagione felice, anche all'interno del Parlamento. Tuttavia, proprio per questa ragione, si può fare qualcosa attraverso le linee guida.

Ringrazio il Ministro per aver dichiarato la sua disponibilità a ragionare ancora sulle linee guida, ci auguriamo in un futuro molto prossimo. Vorrei incalzarlo, in modo molto cortese ma altrettanto determinato, affinché non perda questa occasione e questa opportunità di lavoro, supportata non solo dal tribunale di Cagliari ma anche dal Consiglio superiore di sanità, autorevole organismo di cui si avvale per il suo lavoro.

EMANUELE SANNA. Anche io, come gli altri colleghi già intervenuti, ho molto apprezzato la ricca e documentata relazione del Ministro, così come l'apertura, l'equilibrio e la problematicità con cui ha prospettato, alla riflessione nostra e del Parlamento in generale, i punti più delicati e controversi dall'applicazione della legge n. 40 del 2004.

Vorrei partire, cari colleghi e signor Ministro, dal punto più cruciale. Anche se lei ha assunto l'impegno di tornare in Commissione per discutere delle linee guida che sono in fase di elaborazione, vorrei soffermarmi già da ora su questo punto perché, se svolgiamo una discussione preventiva, forse anche l'elaborazione delle linee guida può avvalersi di

una partecipazione attiva e propositiva da parte del Parlamento.

Come prevede l'articolo 7 della legge n. 40, le linee guida sono vincolanti, in tutto il territorio nazionale e per tutte le strutture accreditate del Servizio sanitario nazionale, per quanto riguarda le procedure e le tecniche per la procreazione medicalmente assistita. Vengono aggiornate ogni tre anni - come ricordava il Ministro - con decreto del Ministro della salute, sentito l'Istituto superiore di sanità e previo parere del Consiglio superiore di sanità.

L'aggiornamento delle linee guida deve tenere conto, come previsto da uno specifico articolo della legge, dei dati epidemiologici, deve recepire l'evoluzione tecnico-scientifica e, a mio avviso, non può non tenere conto anche del pronunciamento degli organi costituzionali competenti - quindi anche dei tribunali della Repubblica italiana - su alcune norme controverse della legge n. 40.

I dati epidemiologici (forniti dal Governo circa 15 giorni fa in Assemblea, in sede di esame di un'interpellanza urgente da noi presentata a seguito della sentenza di Cagliari) indicano che ci sono meno gravidanze, meno nascite, più aborti spontanei, più morti intrauterine, più gravidanze ectopiche, più parti plurimi.

Il bilancio clinico è sicuramente negativo, così come lo è quello procreativo. Vorrei ricordare che, negli ultimi trent'anni, le tecniche della fecondazione medicalmente assistita, la fecondazione *in vitro*, la diagnosi per impianto prenatale, prima dell'avvento di alcune norme controverse e coercitive della legge n. 40, hanno consentito, in Italia e nel resto del mondo (vorrei che i colleghi non trascurassero questo dato), di procreare ad una moltitudine di donne e di coppie infertili e portatrici di gravi patologie genetiche, e a tanti esseri umani di venire al mondo e vivere senza il fardello di malattie incurabili. Sono un milione e mezzo gli esseri umani nati attraverso le tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Il bilancio sociale, come ricordato dal Ministro e dai colleghi, è altrettanto preoc-

cupante; è stato coniato il termine « turismo procreativo » ma, forse, dovremmo usare termini più realistici, perché in realtà si tratta di un « calvario procreativo », di una « emigrazione procreativa ». Le coppie e le donne che, a migliaia, si recano in Spagna, in Belgio, in Inghilterra, a Praga, in Ucraina, in Turchia, non lo fanno per turismo. È il caso della donna che ha provocato la sentenza del tribunale di Cagliari, la quale si è recata in Turchia per procreare una bambina (che adesso ha otto mesi di vita interuterina), che si chiamerà Sofia e che potrà nascere perché quella donna, grazie ad una colletta fatta da persone generose e di buona volontà, è « emigrata » in Turchia e procreerà una bambina sana, non portatrice del seme della talassemia.

A parte questo, signor Ministro, c'è un aspetto di carattere squisitamente scientifico, che dovremmo depurare dal confronto culturale ed ideologico che, purtroppo, ha appesantito negativamente questa discussione.

Le linee guida del Ministro Storace, emanate sei mesi dopo l'approvazione della legge n. 40, affermano un'assurdità scientifica, ovvero che ogni indagine relativa allo stato di salute degli embrioni creati *in vitro*, ovvero di quel mucchietto di poche cellule appena fecondate, dovrà essere di tipo osservazionale. Ognuno di noi può avere, su questo argomento, opinioni differenti, ed io rispetto le opinioni di tutti; Jacques Maritain, il più grande filosofo cattolico del secolo passato, il più ascoltato consigliere di Papa Paolo VI, ha detto che, in presenza dei progressi della biologia, è un'assurdità filosofica pensare che ci sia l'anima nell'individuo al momento della fecondazione. Ma lasciamo stare queste cose.

Signor Ministro, si può fare una diagnosi, e quindi tutelare la salute e la vita umana, solo osservando? Osservando un malato, un organo, un tessuto biologico? Si può prescindere dalle indagini più strutturali e sofisticate, quelle genetiche, quelle molecolari, quelle dell'istochimica, che la scienza medica moderna mette così copiosamente a disposizione della salute e