

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 4118

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LANFRANCHI CORDIOLI, RICCI, SPAGNOLI, PALOPOLI, VIOLANTE, CARLONI ANDREUCCI, GIOVAGNOLI SPOSETTI, BIANCHI BERETTA, BARBAROSSA VOZA, BELARDI MERLO, BERTANI FOGLI, BONETTI MATTINZOLI, BOSI MARAMOTTI, BOTTARI, BRANCIFORTI, CHIOVINI, CIAI TRIVELLI, CONCHIGLIA CALASSO, GRANATI CARUSO, LODOLINI, MOLINERI, NESPOLO, SALVATO, SARRI TRABUJO, SCARAMUCCI GUAITINI, TREBBI ALOARDI, VAGLI, PASTORE, TAGLIABUE, BRUSCA, CALONACI, COLOMBA, DI GIOVANNI, FABBRI, FRACCHIA, TESSARI GIANGIACOMO

Presentata il 28 aprile 1983

### Norme sulla inseminazione artificiale della donna

ONOREVOLI COLLEGHI! — Lo sviluppo e il progresso registrati in questi decenni nella scienza biomedica, se da un lato aprono speranze di nuove possibilità di incidere e operare cambiamenti profondi nella natura, pongono, dall'altro, interrogativi in direzione dell'uso distorto che del progresso si può fare. In questo contesto si colloca l'inseminazione artificiale della donna che se contiene elementi positivi e di grande umanità come risposta al desiderio di avere ed allevare un figlio, non è esente da rischi di un utilizzo a fini eugenetici e comunque selettivi.

Per questo ci sembra importante e urgente che lo Stato detti norme di indirizzo in materia tanto delicata che ha implicazioni non solo sociali e sanitarie ma anche morali e giuridiche.

Lo spirito della presente proposta di legge è quello di aiutare a risolvere situazioni difficili in cui, a causa di sterilità, di *impotentia coeundi* ecc., non può essere soddisfatto il desiderio di maternità e paternità. La inseminazione artificiale può essere l'ultima speranza di avere un figlio, considerate le difficoltà, le lentezze, i tempi lunghi e la

incertezza, ricorrendo all'adozione, anche se la normativa ultima ha decisamente migliorato questo istituto.

La sterilità è in aumento; numerosi soprattutto i casi di sterilità maschile.

Nel mondo occidentale una coppia su cinque non può avere figli. In passato si riteneva che la sterilità fosse esclusivamente femminile. Oggi l'andrologia valuta la sterilità maschile nel 45 per cento dei casi e rileva un aumento dei casi di azoospermia (mancata produzione di spermatozoi).

Le cause sono molte: l'inquinamento ambientale, l'esposizione a sostanze sterilizzanti (esempio radiazioni), l'inquinamento alimentare, ecc.

In questi casi il ricorso all'inseminazione eterologa, cioè con seme di sconosciuto, può essere la scelta psicologicamente più opportuna per avere un figlio.

E poiché premessa indispensabile per l'inseminazione eterologa è che ci siano donatori, il problema è quello del controllo pubblico sull'organizzazione e la raccolta dello sperma. Per altro verso l'inseminazione artificiale omologa, cioè con seme del proprio *partner*, si pone come ragionevole prospettiva nell'ambito di una coppia nella quale il *partner* maschile, pur essendo possessore di sperma perfettamente idoneo alla procreazione non possa a tale scopo utilizzarlo per *impotentia coeundi* o altre cause.

Il legislatore non può non intervenire lasciando spazio ad una possibile speculazione commerciale del seme a profittatori che avrebbero come fine esclusivo il guadagno anziché la serietà professionale, il rigore negli accertamenti, la gratuità, la segretezza, l'aiuto e il conforto alla donna e al *partner* per una scelta tanto importante della loro vita.

A questo fine, anche per le conseguenze di carattere affettivo e per l'equilibrio dei rapporti interpersonali ad un tale evento, riteniamo obbligatorio e propeudeutico all'intervento, un colloquio con l'*équipe* psico-sociale all'uopo operante presso i presidi sanitari autorizzati.

È questo un momento fondamentale per accertare e verificare se le motivazio-

ni che portano a prendere una decisione tanto importante siano frutto di meditata volontà consensuale e tengano conto anche dei meccanismi di ordine psicologico quali il senso di impotenza, l'angoscia di castrazione legata alla sterilità, la vergogna o la colpa di avere un figlio in modo non tradizionale; sgombrato il terreno da eventuali riflessi negativi sul piano psico-sociale saranno gli operatori genetisti e ginecologici a garantire, attraverso accertamenti e controlli sul donatore e sulla donna, l'esito soddisfacente dell'intervento.

A questo fine il Ministero della sanità, d'intesa con il Ministro della pubblica istruzione, creerà corsi abilitanti per diagnosi e terapia della sterilità coniugale e rafforzerà la specializzazione di fisiopatologia della riproduzione.

I successi dell'inseminazione sono legati alla capacità e professionalità degli operatori ma non sono da trascurare altri fattori.

Una attenzione particolare deve essere rivolta alle modalità della raccolta, della conservazione, e dei controlli e schedatura del seme e alla organizzazione e conduzione della banca del seme al fine di eliminare o ridurre i rischi di trasmissione di malattia o alterazioni genetiche.

Il donatore deve essere clinicamente sano, potenzialmente fertile, possibilmente giovane; nella sua storia clinica e in quella dei suoi familiari non ci devono essere precedenti di malattie gravi o ereditarie; non deve aver avuto malattie genitali, ecc.

Per accertare la piena salute il donatore deve essere sottoposto ad una serie obbligatoria di analisi biochimiche (cariogramma, esame per l'esclusione di microcitemia, ecc.).

Molti di questi accertamenti ed altri ancora (il *test* della rosolia e della toxoplasmosi, ecc.) sono obbligatori anche per la donna che si sottoponga a inseminazione.

Il ricorso a questa pratica artificiale viene oggi praticata in tutto il mondo; anche in Italia si valuta in migliaia di casi.

## VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Non sono trascurabili i problemi di ordine psicologico e morale che hanno rilevanza diversa a seconda che l'inseminazione sia omologa od eterologa.

Sarebbe comunque ingeneroso erigersi a giudici e condannare il dono della fertilità da parte di una persona ignota che, con un atto tanto nobile, permette di superare l'ostacolo della sterilità.

Importante è che siano garantiti i diritti del nascituro, che siano impediti speculazioni, che sia mantenuta la segretezza e che gli operatori tendano ad un perfezionamento continuo delle tecniche e delle conoscenze in questo campo ancora per tanta parte inesplorato.

Di non minore importanza rispetto alle considerazioni di ordine biogenetico, psicologico e sociale, sono quelle di ordine giuridico, particolarmente riferiti all'inseminazione artificiale eterologa.

Deve essere garantito lo *status* di figlio legittimo della persona in tal modo concepita, riferibile alla donna che lo procrea e al *partner* della stessa che vi ha consentito, con assoluta esclusione di qualsiasi diritto sul nascituro da parte del donatore dello sperma. Tutti i divieti e le prescrizioni previsti nella normativa vengono infine garantiti da appropriate e specifiche norme sanzionatorie di natura penale.

L'obiettivo di questa proposta di legge è che la scienza sia di aiuto e soste-

gno di coloro che per motivi di ordine patologico, fisico e psicologico, siano impossibilitati a realizzare un'aspirazione naturale: avere un figlio e nello stesso tempo a garantire che ciò avvenga al di fuori di ogni abuso e deviazione.

Lungo le direttive sopra descritte abbiamo impostato il nostro lavoro, recependo completamente anche le direttive che il Consiglio d'Europa ha predisposto per sollecitare a tutti i paesi europei una legislazione in merito all'inseminazione artificiale.

Lo spirito della presente proposta di legge è quello di evitare speculazioni su un bisogno ed un'esigenza umani e di salvaguardare la salute della donna e del nascituro. Certo sono tanti i problemi e gli interrogativi che si pongono: pensiamo anche solo alla richiesta di inseminazione di donna nubile o di coppie omosessuali. Su questi terreni il dibattito è quanto mai aperto e da approfondire. Infatti, proprio perché trattasi di materia tanto delicata e soggetta a valutazioni molteplici legate alla propria concezione della vita, al costume, alla sensibilità e al grado di coscienza di ognuno, e ad una tematica che unisce i problemi propri della coppia o della donna singola a quelli propri del nascituro, avvertiamo l'opportunità di un dibattito e confronto costruttivi per ogni eventuale miglioramento della proposta stessa.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

L'inseminazione artificiale omologa ed eterologa costituisce supporto e completamento del diritto alla procreazione, cui tuttavia è vietato ricorrere per fini eugenetici e selettivi.

L'inseminazione artificiale eterologa è consentita nei casi di sterilità irreversibile del *partner* accertata dai presidi riconosciuti dal Ministero della sanità.

## ART. 2.

Il Ministro della sanità, d'intesa col Ministro della pubblica istruzione, provvede all'istituzione di corsi abilitanti per diagnosi e terapia della sterilità coniugale e di specializzazione in fisiopatologia della riproduzione.

## ART. 3.

L'inseminazione artificiale è praticata presso i presidi sanitari a ciò autorizzati dal Ministero della sanità, da un medico specializzato in ostetricia e ginecologia o in possesso di specializzazione in fisiopatologia della riproduzione o di altra specializzazione riconosciuta idonea dallo stesso Ministero.

Dopo 4 anni dall'entrata in vigore della presente legge l'inseminazione artificiale potrà essere praticata soltanto dai medici ginecologi in possesso di specializzazione in fisiopatologia della riproduzione o che abbiano superato appositi corsi abilitanti.

## ART. 4.

L'inseminazione artificiale omologa ed eterologa può essere praticata soltanto su richiesta della donna e con l'accordo del *partner*.

La richiesta e l'accordo debbono risultare da dichiarazione scritta rilasciata al medico responsabile del presidio sanitario, il quale ha l'obbligo di conservarla.

ART. 5.

Prima che avvenga l'inseminazione artificiale eterologa la donna e il *partner* sono tenuti a sottoporsi ad un colloquio con una *équipe* del presidio sanitario di cui debbono far parte lo psicologo ed il medico ginecologo che provvederà all'intervento; nel colloquio vengono valutate le circostanze di ordine psicologico, fisico e sociale che hanno determinato la richiesta e l'*équipe* esprime pareri non vincolanti che debbono essere riportati nella documentazione relativa all'intervento.

L'inseminazione artificiale eterologa viene effettuata con sperma che il presidio sanitario richiede alla banca del seme di cui all'articolo 7.

ART. 6.

Il presidio sanitario autorizzato non può procedere ad inseminazione artificiale se non dopo aver effettuato sulla donna accertamenti sanitari i quali escludano l'esistenza di gravi rischi per la donna o per il nascituro in relazione alla gravidanza o al parto.

ART. 7.

Presso i presidi sanitari a ciò autorizzati è istituita la banca del seme allo scopo di conservare sperma fresco o congelato, comunque non derivante da miscele di seme di persone diverse, con il quale deve avvenire l'inseminazione.

Lo sperma raccolto presso la banca del seme non può essere venduto o comunque ceduto a terzi ad alcun titolo.

ART. 8.

In strutture autonome e con personale proprio sono istituiti centri di raccolta

dati con il compito di raccogliere e classificare, con criteri di assoluta segretezza, gli elementi relativi ai donatori con particolare riferimento a quelli fisiopsichici.

## ART. 9.

Ogni cittadino di età non superiore agli anni quaranta può donare volontariamente e gratuitamente il proprio sperma.

Il donatore deve sottoporsi ad accertamento presso un presidio autorizzato cui spetta di valutare la sua idoneità ad una donazione esente da rischi di trasmissione di malattie ereditarie, contagiose o comunque pericolose per la salute del nascituro o della donna.

I donatori idonei vengono indirizzati ad uno dei centri di raccolta dati di cui all'articolo 8, il quale a sua volta, raccolti gli elementi di sua competenza, invia i donatori, in forma anonima, ad una banca del seme per la donazione.

Al donatore, il cui sperma è stato utilizzato per l'inseminazione, non spetta alcun diritto nei confronti della persona nata dall'inseminazione stessa.

## ART. 10.

L'inseminazione eterologa non è consentita su donna che non abbia raggiunto il diciottesimo anno di età; quella omologa su donna che non abbia compiuto il sedicesimo anno.

## ART. 11.

La persona nata da inseminazione è considerata figlio legittimo della donna che lo ha procreato e del *partner* che ha manifestato l'accordo.

## ART. 12.

Chiunque, indipendentemente da ogni altra violazione della presente legge, ri-

corre all'inseminazione artificiale per fini eugenetici e selettivi, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

## ART. 13.

È vietata l'inseminazione artificiale:

- 1) su donna che non ne ha fatto richiesta ai sensi dell'articolo 4;
- 2) senza l'accordo del *partner* nei casi di cui all'articolo 4;
- 3) in strutture o da parte di operatori non autorizzati;
- 4) con miscele di seme provenienti da persone diverse;
- 5) senza gli accertamenti di cui agli articoli 6 e 9;
- 6) prima del colloquio di cui all'articolo 5.

Chiunque effettua l'inseminazione in violazione dei divieti di cui al comma precedente, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

La stessa pena si applica a chi viola il divieto di cui all'ultimo comma dell'articolo 7.

## ART. 14.

Chiunque raccoglie e conserva seme destinato all'inseminazione artificiale al di fuori di quanto stabilito dalla presente legge è punito, se il fatto non costituisce un reato più grave, con la multa da lire 500.000 a lire 6 milioni.

## ART. 15.

Chiunque violi il segreto prescritto dall'articolo 8 o comunque diffonde notizie tendenti all'identificazione, prima o dopo l'inseminazione, del donatore di seme, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

## ART. 16.

Agli operatori sanitari che commettono alcuno dei delitti previsti dalla presente legge, si applica la pena accessoria dell'interdizione dall'esercizio della professione per un tempo non inferiore ad un anno.

## ART. 17.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con proprio decreto, determina i requisiti tecnico-scientifici di cui devono essere dotati i presidi sanitari autorizzati all'inseminazione e conferisce ad essi l'autorizzazione relativa.

Entro il medesimo termine il Ministro della sanità stabilisce, con proprio decreto, i tipi e le modalità degli accertamenti sanitari da effettuare ai sensi degli articoli 6 e 9.