

CAMERA DEI DEPUTATI N. 6253

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BERNASCONI, BOSELLI, BEVILACQUA, FINOCCHIARO
FIDELBO, MIGLIASSO, ORLANDI, PEDRAZZI CIPOLLA,
BARBIERI, BENEVELLI, VIOLANTE**

Presentata il 23 dicembre 1991

Norme per la fecondazione medicalmente assistita

ONOREVOLI COLLEGHI! — Sino a qualche decennio fa le difficoltà di donne e uomini a portare a compimento un progetto procreativo legato alla sterilità erano risolvibili rimuovendo, laddove possibile, la patologia di base o attraverso la adozione.

L'elevato contributo maschile alla sterilità di coppia (circa un 30 per cento come responsabilità diretta a un altro 20 per cento come concausa), la sua quasi assoluta incurabilità, la relativa semplicità della inseminazione artificiale (diffusamente praticata in ambito veterinario) e un desiderio procreativo che comprendesse l'esperienza di gravidanza avvicinandosi il più possibile alla normalità, spinsero ad attenuare le resistenze « morali » della medicina nell'uso di sperma da donatori selezionati.

Determinante fu nel 1954 la definizione della tecnica per conservare gli spermatozoi umani con il congelamento, che conservava intatta la loro potenzialità fecondante e la induzione di un normale sviluppo dell'embrione. Oggi i bambini nati da inseminazione sono milioni in tutto il mondo e diverse decine di migliaia in Italia.

La perdurante semi-clandestinità iniziale e l'assenza di una legislazione *ad hoc* impediscono di poter disporre di dati precisi.

Negli anni settanta la possibilità di intervenire medicalmente sulla fecondazione umana si estese al di fuori del corpo della donna, soprattutto per opera dei ginecologi Edward e Steptoe. Nel 1978 nacque a Manchester Louise Brown, la prima bimba « in provetta ».

Oggi sono almeno cinque le tecniche principali di fecondazione assistita, oltre all'« antica » inseminazione.

Al di là degli specifici aspetti e problemi medici per singola tecnica, rimangono e si sono ampliati i problemi etici e giuridici che hanno frenato e, per molto tempo, sommerso la fecondazione artificiale. Le richieste si sono estese oltre la sterilità e oltre la coppia.

1) La separazione biologica generante-genitore, ben diversa dalla duplicità genitoriale della adozione, ha trovato impieghi sia la società che il diritto.

Ne deriva la necessità di nuove tutele per il nascituro, di importanza pari al diritto procreativo di una donna e di un uomo.

2) I rischi sanitari e il rigore del comportamento medico, non risolvibili nella deontologia professionale, impongono regole sanitarie omogenee e vincolanti.

La loro osservanza impone, in premessa, di fare uscire dalla clandestinità la fecondazione artificiale e ricondurla nelle prestazioni riconosciute dal Servizio sanitario nazionale.

Un censimento del 1988, successivamente integrato, rilevava 12 centri pubblici universitari ed ospedalieri ed ipotizzava 80 strutture private, che praticavano la FIVET.

Assolutamente indeterminabili sono i centri che praticano la inseminazione artificiale. Secondo l'Istat nel periodo 1984-1987 sono nati 2 milioni 300 mila bambini. Una rassegna del marzo 1988 riferiva che in strutture pubbliche erano nati 300 bambini con FIVET (fecondazione *in vitro* e trasferimento di embrioni) e 320 con GIFT (trasferimento intratubarico di gameti): uno ogni tremilaottocento.

Il fenomeno sembra però essere ben più vasto ed è in continuo aumento.

Nel 1984 al Congresso internazionale di Helsinki erano riportate 300 nascite con fecondazione *in vitro*, al Congresso di Barcellona del 1988 erano 10.000 le nascite segnalate.

Il successo di gravidanza è pari al 12-15 per cento dei cicli FIVET intrapresi,

che si abbassa enormemente se valutato per gravidanze portate a termine.

L'Aids invade anche le cellule germinali e la trasmissione HIV va esclusa nella selezione dei donatori.

Esistono molti rischi per la donna, derivanti da una spinta stimolazione ormonale per ottenere la ovulazione. L'*iter* laborioso e lungo di alcune tecniche porta anche a ripercussioni psicologiche, di non poco conto.

3) Il consenso informato e responsabile di chi accede alla fecondazione medicalmente assistita è fondamentale per le incognite sanitarie e, soprattutto, per la accettazione di un figlio, che implica disagi e rischi fin dal suo formarsi.

Tutti questi problemi non si risolvono con rigidi schemi morali ma coinvolgendo responsabilità e consapevolezza di chi fa la richiesta e dei medici.

4) Le stesse possibilità di accesso sono legate ai valori in gioco più che alla morale e alla articolazione societaria prevalente.

La circolare del Ministro della sanità del 1° marzo 1985 poneva un pericoloso discrimine tra pubblico e privato, limitando l'impiego di tali tecniche nel servizio pubblico alle coppie coniugate ed all'uso del seme del marito, escludendo non solo il singolo ma le condizioni di convivenza. Si è così favorita ulteriormente l'espansione incontrollata del privato.

5) I limiti tecnici della fecondazione *in vitro* chiedono di fecondare un certo numero di ovociti, con embrioni in sovrannumero. Risolto lo scopo procreativo va definito il destino di questi embrioni.

6) Le nuove tecniche di ingegneria genetica possono intervenire nella trasmissione di malattie ereditarie ma contemporaneamente pongono gravissimi rischi di manipolazione genetica, se non vengono chiaramente definiti gli ambiti di intervento.

In Europa dal 1988 ad oggi i principali Paesi hanno posto alcune regole per la fecondazione medicalmente assistita e per le tecniche genetiche.

Il Parlamento europeo nel 1989 ha approvato due distinte risoluzioni per la fecondazione artificiale e per le manipolazioni genetiche.

La nostra proposta di legge si propone di porre poche ma chiare regole sulle pratiche di fecondazione per dare garanzie sanitarie, responsabilizzare i richiedenti la fecondazione verso l'accettazione totale del prodotto del concepimento e dei loro doveri alla sua nascita, limitare le pratiche fecondative artificiali quando

altri strumenti si sono rivelati inefficaci, tutelare il nato.

La necessità di regole è evidente. Va perseguito anche l'obiettivo di equilibrare il rispetto di valori personali e sociali, e assolverne i desideri di procreazione senza con questo sconfinare in giudizi « morali » sulle scelte personali. Il nascituro è uno dei soggetti in campo cui va assegnata piena soggettività non dissociabile dal diritto procreativo di chi richiede la fecondazione medicalmente assistita.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Per fecondazione medicalmente assistita (FMA) si intendono tutte le pratiche di fecondazione che richiedono l'intervento sanitario per unire il gamete femminile e quello maschile, per far annidare in utero un ovocita fecondato o un embrione ai primi stadi di sviluppo.

ART. 2.

1. Le pratiche di fecondazione medicalmente assistita sono finalizzate alla procreazione. Ad esse si può ricorrere quando altri interventi per superare la sterilità si sono rivelati inefficaci, esistono provate possibilità di trasmettere malattie ereditarie e infettive, o vi sono alterazioni immunologiche tali da compromettere la gravidanza.

2. Le pratiche di fecondazione medicalmente assistita vengono eseguite in centri pubblici o privati convenzionati, riconosciuti dal Ministero della sanità. La fecondazione viene eseguita da medici specialisti in ginecologia e ostetricia, andrologia, fisiopatologia della riproduzione. I costi degli interventi di fecondazione medicalmente assistita e della donazione di gameti sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità stabilisce con proprio decreto, sentito il Consiglio superiore della sanità e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti:

a) i requisiti tecnico-scientifici necessari per l'attuazione degli interventi di cui alla presente legge;

b) i requisiti di idoneità dei centri, necessari per ottenere l'autorizzazione;

c) l'indicazione di *iter* diagnostici minimi per accedere alle tecniche fecondative;

d) l'inserimento della fecondazione medicalmente assistita in strutture per la diagnosi e la cura della sterilità.

4. I requisiti di cui alle lettere a) e b) del comma 3 vengono differenziati secondo le diverse tecniche fecondative. I centri possono essere autorizzati anche per singole tecniche.

5. I centri autorizzati sono tenuti a fornire relazioni annuali al Ministero della sanità in merito all'attività svolta, ai progetti di sviluppo, alle sperimentazioni autorizzate in corso.

6. Le autorizzazioni vanno rinnovate ogni tre anni od ogni qualvolta il centro istituisce nuovi servizi.

7. Il Ministero della sanità effettua controlli periodici sulle attività dei centri tramite proprie strutture tecnico-scientifiche quale l'Istituto superiore di sanità.

8. Il Ministro della sanità presenta annualmente al Parlamento una relazione sulle pratiche di fecondazione medicalmente assistita in base ai dati trasmessi.

ART. 3.

1. Ogni persona di maggiore età può donare i propri gameti, a titolo gratuito e senza diritti o doveri sul nascituro.

2. Al donatore lavoratore dipendente pubblico e privato è riconosciuta la facoltà di assentarsi dal lavoro per un massimo di 4 ore lavorative. Il periodo di assenza è retribuito e coperto da contributi previdenziali, posti a carico dei rispettivi enti previdenziali. Sono rimborsabili le spese sostenute per l'atto di donazione. Il limite massimo di donazione è di 40 anni per la donna e di 45 anni per l'uomo.

3. La raccolta di gameti può essere attuata solo in centri autorizzati. I dati biofisici dei donatori vengono trasmessi, con forme che assicurino la tutela della riservatezza, al Ministero della sanità, dove è approvata una banca dati nazionale.

4. Le informazioni sul donatore contenute nella banca dati nazionale possono essere disponibili solo per l'autorità sanitaria e giudiziaria, e solo per comprovate ragioni.

5. È garantito l'anonimato reciproco dei donatori e della coppia che beneficia della donazione.

6. La selezione dei donatori e dei gameti può essere fatta solo per evitare patologie trasmissibili, ereditarie o infettive.

7. La selezione del sesso del nascituro è ammessa al solo fine di evitare malattie ereditarie legate al sesso. Il seme dello stesso donatore non può essere usato per più di 5 gravidanze. È vietato l'uso di seme fresco o di miscele di semi appartenenti a donatori diversi.

8. Per procedere al prelievo di ovociti è necessario il consenso scritto della donna, dopo adeguata informazione dei rischi e delle incognite per la sua salute derivanti dalle procedure di prelievo. La fecondazione di ovociti in provetta è finalizzata unicamente alla gravidanza.

ART. 4.

1. Alle pratiche di fecondazione medicalmente assistita possono accedere la donna e l'uomo che essa riconosce come padre del nascituro quando sussistono le condizioni indicate nell'articolo 2, comma 1. La richiesta di fecondazione medicalmente assistita può essere fatta da soggetti che abbiano compiuto la maggiore età e che non abbiano superato i 40 anni per la donna ed i 50 anni per l'uomo.

2. In caso di donna coniugata il consenso deve essere prestato dal marito salvo che i coniugi siano giudizialmente separati.

3. Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, sino alla attuazione della fecondazione, ha validità di 2 anni e vale solo per ogni pratica fecondativa portata a compimento. Chi ha prestato il consenso si assume tutti gli obblighi morali e legali riguardo il nascituro.

4. Prima di sottoscrivere la richiesta e il consenso alla pratica fecondativa i soggetti interessati devono essere informati

dei rischi e delle percentuali di successo legati alla pratica fecondativa seguita, degli obblighi morali e legali nei confronti del nascituro, della impossibilità di selezionare il donatore se non per patologie ereditarie o infettive diagnosticabili.

5. Tra le persone che usufruiscono della fecondazione medicalmente assistita, e tra loro e il donatore, non devono intercorrere rapporti di parentela ed affinità in linea retta o di parentela in linea collaterale entro il secondo grado.

ART. 5.

1. La persona nata a seguito di fecondazione medicalmente assistita è considerata a tutti gli effetti figlio legittimo della coppia che ha prestato il consenso alla pratica fecondativa.

2. Si considera generato dalla pratica fecondativa il nato dopo il 180° giorno e prima del 300° giorno dalla data in cui è stato effettuato l'intervento di fecondazione.

3. È vietata ogni forma di rivalsa genitoriale dei donatori di gameti.

4. Possono essere attuate azioni di disconoscimento di paternità se il consenso è viziato da dolo o violenza, o quando vi è prova che il concepimento non è il risultato della fecondazione assistita.

5. La donna, una volta che il prodotto del concepimento ottenuto con le pratiche di fecondazione medicamente assistita si è annidato in utero, gode di tutti i diritti che le derivano dalle leggi vigenti per i casi di gravidanza ottenuta con mezzi naturali.

ART. 6.

1. Gli embrioni in sovrannumero, derivati da fecondazione *in vitro*, non possono essere conservati per più di 5 anni.

2. Sugli embrioni di cui al comma 1 non possono essere condotte ricerche scientifiche, salvo quelle autorizzate dal Ministero della sanità, e previo consenso dei donatori di gameti. Esse possono es-

sere attuate solo in strutture pubbliche autorizzate.

3. Gli embrioni oggetto di sperimentazione non possono essere reimpiantati per la procreazione.

4. È vietato fecondare ovociti in provetta per scopi non procreativi.

ART. 7.

1. Alla donna è vietato condurre a termine una gravidanza per conto terzi o farsi fecondare artificialmente per affidare il nato ad altri soggetti.

2. È altresì vietata qualsiasi forma di profitto economico sulle donazioni o sulle pratiche di fecondazione medicalmente assistita.

3. È vietata ogni forma di pubblicità delle donazioni e delle pratiche fecondative medicalmente condotte, tranne le campagne finalizzate ad accrescere la donazione e ad evitare donazioni che possano trasmettere malattie ereditarie o infettive.