

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3694

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LANFRANCHI CORDIOLI, GIOVAGNOLI SPOSETTI, GELLI, CECI BONIFAZI, VIOLANTE, PALOPOLI, AMADEI FERRETTI, BADESI POLVERINI, BELARDI MERLO, BENEVELLI, BIANCHI BERETTA, BOCHICCHIO SCHELOTTO, BONETTI MATTINZOLI, BOSELLI, BOSI MARAMOTTI, BOTTARI, CALVANESE, CAPECCHI PALLINI, COCCO, COLOMBINI, COMINATO, CUFFARO, DIGNANI GRIMALDI, FAGNI, FILIPPINI, FRANCESE, GRANATI CARUSO, LODI FAUSTINI FUSTINI, MACIS, MAINARDI FAVA, MIGLIASSO, MINOZZI, MONTANARI FORNARI, PALMINI LATTANZI, PASTORE, PEDRAZZI CIPOLLA, SCARAMUCCI GUAITINI, TAGLIABUE, TREBBI ALOARDI, UMIDI SALA

Presentata il 17 aprile 1986

**Fecondazione ed inseminazione artificiale
nella specie umana**

ONOREVOLI COLLEGHI! — Lo sviluppo e il progresso registrati in questi ultimi decenni nelle scienze biologiche e mediche se da un lato aprono speranze nuove di cambiamenti profondi nello stato « naturale » dell'uomo e della sua vita riproduttiva, dall'altro pongono interrogativi sull'uso distorto che dello stesso progresso si può fare. In questo contesto si colloca la necessità di dare una normativa alle nuove acquisizioni scientifiche della medicina, quali l'inseminazione artificiale della donna e l'organizzazione di banche del liquido seminale, la fecondazione extracorporea dell'uovo umano (fecondazione *in vitro*), la possibilità di conservazione di gameti ed il trapianto di embrioni umani. Questi progressi contengono elementi positivi di risposta al desiderio di avere ed allevare un figlio, di

fiducia della coppia nel proprio avvenire e nell'avvenire della umanità, ma non sono allo stesso tempo esenti da rischi quali l'utilizzo a fini selettivi, di tipo razzistico, o speculativi.

Per questo è importante ed urgente che lo Stato detti norme di indirizzo generale in materia tanto ricca di implicazioni sociali, morali, giuridiche e sanitarie.

Lo spirito della presente proposta di legge è quello di aiutare a risolvere situazioni difficili di coppie che per cause mediche o genetiche di sterilità, non possono dare risposta al naturale desiderio di maternità e di paternità.

Un dato preoccupante che caratterizza la società moderna è l'aumento della sterilità della coppia, con particolare accentuazione nell'uomo. Quest'ultimo elemento sconvolge l'ipotesi, prevalente nel passato, che dava per scontato che la sterilità fosse esclusivamente femminile e, forse, lo era nella maggior parte dei casi.

Gli andrologi valutano che la sterilità maschile sia attualmente causa del 45 per cento della sterilità della coppia. La stessa nascita di questa nuova scienza, l'andrologia, è stata una necessità conseguente all'aumento dei casi di sterilità completa maschile, di azoospermia, così come dei casi più gravi ed irreversibili, di oligoastenospermia, dei casi cioè, in cui il seme maschile è nella pratica impossibilità di fecondare.

L'aumento della sterilità maschile è dovuto a molte cause: l'inquinamento ambientale, l'esposizione a sostanze sterilizzanti (ad esempio, radiazioni), l'inquinamento alimentare, ed anche l'aver portato all'età riproduttiva individui che un tempo sarebbero stati eliminati dalla selezione naturale (ad esempio, grandi prematuri).

Pur ribadendo che l'intervento pubblico deve rivolgersi particolarmente alla prevenzione onde contenere patologie quali la sterilità e consapevoli che le moderne tecniche riferentisi alla inseminazione e fecondazione umana non rientrano nell'azione preventiva, riteniamo che coppie sterili possano ovviare alla

sterilità ricorrendo alla inseminazione omologa, selezionando la parte migliore del seme del *partner* o superando ostacoli cervico-vaginali alla fecondazione, o alla inseminazione eterologa con seme di donatore o alla fecondazione *in vitro* nel caso di accertata impossibilità della donna ad avere figli per impervietà o assenza delle tube. La donna ha così la possibilità di avere le sue stesse uova, i suoi « ovuli » fecondati con il seme del *partner*, in ambiente extracorporeo, e quindi di accogliere l'ovulo così fecondato nel proprio utero.

Sono ormai migliaia i casi di fecondazione *in vitro* in questi ultimi anni nel mondo, non escluso il nostro paese. Dunque è diventata acquisizione comune che un ovulo ed uno spermatozoo vengano uniti al di fuori dell'organismo materno e che, una volta avviata la riproduzione cellulare, esso venga inserito nell'utero materno dove continua il suo sviluppo fino alla nascita.

L'inseminazione artificiale omologa, cioè l'inseminazione della donna col seme del proprio *partner*, non comporta alcuna obiezione perché si tratta di una tecnica tesa soltanto a facilitare la fecondazione dell'uovo con i gameti maschili del *partner*.

Diversa la situazione nella inseminazione eterologa. L'intervento del legislatore al riguardo è quanto mai necessario perché la carenza di normativa crea interrogativi sia sul piano giuridico circa il riconoscimento della paternità, la validità e le modalità del consenso, sia su quello sanitario e sociale circa la mancanza o deficienza di accertamenti scientifici sul donatore e sulla coppia ricevente fino a possibili speculazioni commerciali dei gameti.

Per l'inseminazione eterologa premessa indispensabile è che ci siano dei donatori e coppie controllate clinicamente e che la raccolta, la selezione, l'organizzazione in spermatoche, la surgelazione e l'utilizzazione del liquido spermatico umano rispondano a rigidi criteri scientifici.

Altrettanto, se non più vasto, il campo delle implicazioni psicologiche ed affettive. Nuovi modi di procreare innescano

inevitabilmente una serie di reazioni emotive e mutamenti di categorie morali e politiche sia nella società civile sia all'interno del singolo e della coppia: dal senso di frustrazione legato alla sterilità, al pudore ed alla vergogna di non poter procreare in modo tradizionale si può passare al senso di onnipotenza, alla sicurezza di forzare e andare oltre la natura stessa. Se tutto questo non viene vissuto in sintonia nell'ambito della coppia, se uno dei due *partners* subisce la decisione dell'altro, il figlio invece di rappresentare il « cemento dell'unione » rischia di divenire momento di grande conflittualità e di possibile divisione.

Se non vi è maturità e senso di equilibrio all'interno della coppia, questo evento che comporta un *surplus* di decisione e che va oltre la comune accezione di una « normale » maternità e paternità responsabili, può riesplodere successivamente, coinvolgendo anche il figlio nato con un concepimento indotto.

Di qui la necessità che il consultorio familiare sia dotato di personale qualificato in grado di aiutare la coppia o il *partner* più fragile ad affrontare nella maniera più adeguata momenti di tanta delicatezza.

Inoltre il Ministero della pubblica istruzione, d'intesa con quello della sanità, dovrà creare dei corsi di specializzazione in « fisiopatologia della riproduzione » a cui accedono medici, possibilmente, già specialisti in andrologia o in ginecologia.

Infatti sotto l'aspetto tecnico-operativo, i successi dell'inseminazione artificiale e della fecondazione *in vitro* sono legati strettamente alla capacità e professionalità degli operatori; non sono però da trascurare altri momenti quali la modalità della raccolta, della conservazione, dei controlli e della schedatura del liquido seminale umano e la corretta gestione della banca del seme al fine di eliminare o ridurre i rischi di trasmissione di malattie o alterazioni genetiche.

Il donatore perciò deve essere clinicamente sano, potenzialmente fertile e non superare l'età stabilita dall'articolo 5 della presente proposta di legge. Questo

perché alcune anomalie si manifestano più facilmente con l'avanzare dell'età. Perciò il donatore deve essere sottoposto ad una serie obbligatoria di analisi cliniche o di laboratorio che, nei limiti della scienza medica, possono portare alla esclusione di malattie ereditarie.

Molti di questi accertamenti dovranno essere obbligatori anche per la donna che si sottoponga a inseminazione: ad esempio il *test* della rosolia e della toxoplasmosi e *tests* che escludano cause di sterilità ecc.

Il ricorso alle nuove tecniche della riproduzione ormai praticato in tutto il mondo, ha avviato un dibattito di ordine non solo giuridico ma medico-scientifico, psicologico, etico e morale.

Appassionati ed interessanti i confronti tra gli operatori, i tecnici e specie tra le donne quali soggetti su cui queste tecniche, a secondo dell'uso e del coinvolgimento dell'utente, potrebbero ridurre anziché ampliare spazi di liberazione.

Se di diritti dei cittadini, dei genitori, del donatore e di quanti altri partecipano a questi interventi si parla, più in ombra rimane la figura del nascituro. Non solo per questo la nostra proposta di legge e la sua formulazione, pur attenta ai molteplici aspetti e diritti, mette al centro del proprio ragionamento le esigenze del nascituro dal punto di vista psicologico, sociale e giuridico. In particolare deve essere garantito lo *status* di figlio legittimo del nascituro che sarà figlio, in tal modo, a tutti gli effetti della donna che lo procrea e del compagno della stessa donna, compagno che vi ha consentito, con esclusione assoluta di qualsiasi diritto da parte del donatore.

La donatrice ed il donatore sono coperti dall'anonimato. Questo non significa che il nato da inseminazione o fecondazione artificiale non possa conoscere, se lo desidera, e nei tempi e modi scelti opportunamente dai genitori, la propria origine.

Trattandosi di esigenze strettamente legate al singolo, variabili da individuo ad individuo in relazione alla propria sensibilità, curiosità, fantasia è opportuno evitare intrusioni dello Stato e del legi-

slatore: per questo non prevediamo norme in merito lasciando il tutto alla discrezione dell'intervento dei genitori, dell'educatore o degli operatori.

Tutti i divieti e le prescrizioni previsti nella normativa vengono garantiti da appropriate e previste norme sanzionatorie di natura penale.

L'obiettivo di questa proposta di legge è che la scienza sia di aiuto e di sostegno a coloro che per motivi di ordine patologico, fisico e/o psicologico, sono impossibilitati a realizzare l'aspirazione naturale di avere un proprio figlio ma nello stesso tempo si garantisca che ciò avvenga al di fuori di ogni abuso, deviazione e pericolo.

Abbiamo impostato il nostro lavoro recependo le direttive predisposte dal Consiglio d'Europa a proposito della inseminazione artificiale, la fecondazione *in vitro* e la conservazione dell'embrione umano.

Lo spirito della presente proposta di legge è quello di evitare concezioni consumistiche della vita e di rispettare i diritti del nato nonché il diritto alla maternità, alla paternità e alla salute della donna.

Data la delicatezza della problematica e la complessità delle sue implicazioni sociali, culturali ed etiche, in una società in così rapida evoluzione, è necessario che si intervenga in questa materia in modo cauto e scevro da pregiudiziali ideologiche superando concezioni puramente tecniche.

Occorre dunque considerare che si pongono molti problemi ed interrogativi le cui soluzioni non appaiono semplici né possono considerarsi definite una volta per tutte. Non è semplice trovare una soluzione al problema di richiesta di inseminazione di una donna sola, di una vedova o di una coppia omosessuale.

È chiaro che su questi terreni il dibattito a livello culturale e politico è quanto mai aperto; ma proprio perché si tratta di materia delicata e soggetta a molteplici valutazioni secondo le proprie concezioni di vita, il proprio costume, la propria sensibilità e grado di coscienza, avvertiamo l'opportunità di un dibattito e confronto costruttivo per ogni eventuale miglioramento della nostra proposta.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

PROCEDIMENTI CONSENTITI,
DIVIETI E LIMITI

ART. 1.

1. Sono consentite nei limiti indicati nel Capo II:

a) l'inseminazione artificiale della donna con seme del marito o del convivente che assuma, ai sensi dell'articolo 11, i doveri conseguenti;

b) l'inseminazione artificiale della donna con seme di donatore;

c) la fecondazione artificiale *in vitro* dell'ovulo umano e il suo successivo trapianto nell'utero;

d) la fecondazione artificiale *in vivo* dell'ovulo umano mediante trasferimento dei gameti all'interno della tuba.

2. Nei casi previsti dal comma 1 il marito o il convivente devono esprimere previamente il proprio consenso alla inseminazione.

ART. 2.

1. L'inseminazione artificiale omologa è consentita quando siano accertati fattori fisici o psichici che ostacolano la fase fecondante della riproduzione.

ART. 3.

1. L'inseminazione artificiale eterologa è consentita quando sia accertata una azoospermia o un'oligo-astenospermia del marito o del convivente o quando sia accertato il pericolo di trasmissione di gravi patologie.

ART. 4.

1. I procedimenti indicati nell'articolo 1 sono avviati su richiesta della coppia.

ART. 5.

1. La donazione di seme è consentita a soggetti che abbiano compiuto il ventunesimo anno di età e non superato il quarantesimo.

2. La donazione di ovuli è consentita a donne che abbiano compiuto il ventunesimo anno di età e non superato il trentacinquesimo.

3. Con i semi o gli ovuli di uno stesso donatore o donatrice non possono essere ottenute più di tre gravidanze a termine.

4. I procedimenti indicati nell'articolo 1 sono consentiti soltanto su donne che abbiano compiuto il ventunesimo anno e non abbiano superato il trentacinquesimo anno di età.

ART. 6.

1. Il seme o gli ovuli provenienti da individui che li hanno depositati per se stessi prima di subire terapie mediche o chirurgiche che comportano conseguenze sterilizzanti non possono essere utilizzati dopo la morte dei soggetti depositanti.

ART. 7.

1. Al di fuori dei casi previsti dalla presente legge è fatto divieto di prelievo e conservazione di gameti per inseminazione e fecondazione artificiale.

ART. 8.

1. È vietata l'inseminazione e fecondazione artificiale con miscele di seme proveniente da persone diverse.

ART. 9.

1. La crio-conservazione di uova fecondate in eccedenza nell'ambito dello stesso intervento di *embryo-transfert* è consentita sino alla nascita di feto vivo.

ART. 10.

1. Sono vietate selezioni e sperimentazioni a fini eugenetici o razziali.

CAPO II

GARANZIE GIURIDICHE E SANITARIE

ART. 11.

1. Il nato con i procedimenti elencati all'articolo 1 è considerato a ogni effetto figlio legittimo della donna che l'ha partorito e del marito o convivente che ha espresso il consenso a tali procedimenti. Non è ammessa in tali casi azione di disconoscimento.

2. Eventuali accordi contrari sono nulli.

ART. 12.

1. Fuori dei casi previsti dalla lettera a) dell'articolo 1, il donatore di gameti non ha alcun diritto né alcun dovere nei confronti di chi nasce in seguito alla sua donazione.

ART. 13.

1. I procedimenti previsti dall'articolo 1 possono essere eseguiti esclusivamente dalle unità operative costituite all'interno dei servizi ostetrico-ginecologici delle unità sanitarie locali o presso strutture private convenzionate indicati ed autorizzati dalle regioni secondo gli *standards* definiti dal piano sanitario nazionale.

ART. 14.

1. Le unità operative devono, sotto la propria responsabilità:

a) verificare l'identità dell'uomo e della donna;

b) accertare le condizioni sanitarie previste negli articoli 2 e 3;

c) verificare l'esistenza del consenso e delle autorizzazioni previste dagli articoli 1, 4 e 11;

d) eseguire sui donatori di gameti le analisi e le ricerche cliniche e di laboratorio, secondo protocolli determinati con decreto del Ministro della sanità, atte a escludere rischi per il nascituro derivanti da malattie personali o familiari trasmissibili o ereditarie o genetiche;

e) garantire l'anonimato del donatore e la segretezza sulla identità della coppia.

2. Le procedure di cui alle lettere a), b), e c) del comma 1 possono essere espletate presso i consultori familiari.

ART. 15.

1. Le strutture sanitarie autorizzate devono possedere i requisiti e i mezzi tecnici per la raccolta, surgelazione e classificazione del liquido seminale e degli ovuli umani, stabiliti con decreto del Ministro della sanità da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge. Con il medesimo decreto sono stabiliti i requisiti e i mezzi tecnici necessari per la fecondazione *in vitro*.

2. Il liquido seminale deve essere sempre raccolto, studiato, classificato e utilizzato nello stesso centro operativo. Il liquido seminale o comunque cellule gametiche o ovuli umani crio-conservati non possono essere ceduti a terzi, né trasportati fuori dalle strutture sanitarie.

ART. 16.

1. Le unità operative preposte devono approntare e custodire una apposita cartella clinica per ogni procedimento consentito dall'articolo 1.

2. Essa deve contenere i dati riguardanti il donatore e gli altri accertamenti eseguiti in base all'articolo 14, ed essere a disposizione esclusiva dell'autorità sanitaria per i dovuti controlli, col vincolo del segreto professionale.

ART. 17.

1. Le istituzioni sanitarie non possono elargire compensi ai donatori sotto qualsiasi forma, tranne il rimborso di spese effettivamente sostenute.

CAPO III

DISPOSIZIONI PENALI

ART. 18.

1. È punito con la reclusione da sei mesi a tre anni chiunque:

a) compie i procedimenti consentiti all'articolo 1 al di fuori dei centri previsti dall'articolo 13, ovvero nei centri senza il rispetto delle garanzie e procedure previste nella presente legge;

b) viola il segreto prescritto dall'articolo 16 o comunque diffonde notizie che possano portare all'identificazione del donatore, prima o dopo l'inseminazione.

ART. 19.

1. È punito con la reclusione da uno a sei anni chiunque:

a) induce una donna a sottoporsi alla fecondazione artificiale con l'impegno che essa ceda a terzi il figlio poi partorito;

b) effettua sperimentazioni o selezioni a fini eugenetici o razziali.

ART. 20.

1. È punito con la reclusione da tre a dieci anni, se il fatto non costituisce reato più grave, chiunque effettua l'inseminazione o la fecondazione artificiale su donna non consenziente.

ART. 21.

1. Chiunque raccoglie o cede a terzi o comunque detiene liquido seminale o gameti destinati alla fecondazione fuori dalle strutture sanitarie previste dall'articolo 13 è punito, se il fatto non costituisce reato più grave, con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da lire 5 milioni a 10 milioni.

ART. 22.

1. Per chi esercita una professione sanitaria la condanna per uno dei reati previsti dagli articoli precedenti comporta la interdizione dall'attività professionale per una durata doppia della pena irrogata.

2. Se il reato è stato commesso dal responsabile dell'unità operativa o utilizzando locali o attrezzature delle strutture autorizzate, la condanna comporta la revoca dell'autorizzazione concessa dal Ministero della sanità.

CAPO IV

FORMAZIONE E PREVENZIONE

ART. 23.

1. Il piano sanitario nazionale e i piani sanitari regionali devono prevedere misure di prevenzione della sterilità maschile e femminile.

2. Le regioni garantiscono l'aggiornamento e la qualificazione del personale, in particolare dei consultori familiari, al fine di offrire assistenza e sostegno alla coppia sul piano psicologico, sociale e sanitario.

ART. 24.

1. Il Ministero della pubblica istruzione favorisce, presso le facoltà di Medicina e Chirurgia, la formazione di corsi di specializzazione in fisiopatologia della riproduzione.

2. Tali corsi hanno durata di quattro anni, ridotti a un anno per gli specialisti in ostetricia e ginecologia e a due anni per gli specialisti in urologia, andrologia ed endocrinologia.

ART. 25.

1. Le unità sanitarie locali e i consultori familiari sono tenuti a promuovere attività di educazione sanitaria nel campo della riproduzione umana, della prevenzione della sterilità maschile e femminile, della procreazione cosciente e responsabile.

ART. 26.

1. La presente legge entra in vigore sessanta giorni dopo la sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* ed ha validità di tre anni.

2. Il Ministro della sanità presenta annualmente al Parlamento una relazione sull'applicazione della presente legge.